

ANAIIS PAULISTAS DE

MEDICINA E CIRURGIA

VOLUME LXXIX

N.º 6

Junho de 1960

Redação:



SANATÓRIO SÃO LUCAS

Neste número :

| Trabalhos Originais : | Pág. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Considerações sobre 379 casos de câncer do estômago — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO | 357 |
| Produção Médica de São Paulo : | |
| Associação Paulista de Medicina | 325 |
| Sociedade Médica São Lucas | 341 |
| Imprensa Médica de São Paulo : | |
| Sumário dos últimos números | 342 |
| Vida Médica de São Paulo : | |
| Colégio Brasileiro de Cirurgiões | 344 |
| Academia de Medicina de São Paulo | 344 |
| Congressos Médicos : | |
| XI Congresso Brasileiro de Oftalmologia | 346 |
| I Simpósio Internacional de Medicina Cibernética | 348 |
| Assuntos de Atualidade : | |
| Código de Ética Médica | 349 |
| Literatura Médica : | |
| Livros e folhetos recebidos | 352 |
| Índice geral do volume LXXIX | 359 |
| Boletim do Sanatório São Lucas : | |
| Medicina e Literatura. — Prof. HUMBERTO OLIVEIRA | 179 |
| O Sanatório São Lucas em 1959 — Atividades do Departamento de Anestesia — Dr. MIRCELA BOSCARDIN | 185 |
| O Sanatório São Lucas em 1959 — Atividades do Departamento de Anatomia Patológica — Prof. CARMO LORENT | 190 |
| Índice geral do volume XXI | 191 |

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Piaçatingui, 80 — Caixa Postal 1.574 — São Paulo, Brasil

MEPRO

Fórmula:

| | |
|-------------------------------|-----------|
| Meprobamato | 0,400 g. |
| Vitamina B ₁ | 0,010 g. |
| Reserpina | 0,0001 g. |
| Excipiente q. s. p. | 0,500 g. |

INDICAÇÕES

- Como relaxante muscular
- Agente tranquilizador
- Estados ansiosos e tensionais
- Alcoolismo
- Medicação sedativa.

MODO DE USAR:

2 a 4 comprimidos ao dia, ou como determinar o médico

(Venda sob prescrição médica)

Licença pelo S. N. F. M. sob N.º 841/57

FARM. M. P. LANCIONI

GLUCOSSARA

Fórmula:

| | |
|-------------------------------|-----------------------|
| Vitamina C | 0,500 g |
| Vitamina B ₁ | 0,100 g |
| Vitamina B ₆ | 0,050 g |
| Clícocola | 0,050 g |
| Sol. glicosada a 30% q. s. p. | 10,00 cm ³ |

INDICAÇÕES

- Medicação tônica
- Estados tóxicos ou tóxico infecciosos
- Hipovitaminoses
- Desnutrição
- Convalescença
- Afecções hepáticas

MODO DE USAR:

1 a 2 ampólas diariamente por via endovenosa,
ou segundo a indicação médica.

(Venda sob receita médica)

Licença pelo S. N. F. M. sob N.º 835/41

FARM. M. P. LANCIONI

★

LABORATÓRIO PHARMA

MARCELLO MASSARA & CIA.

Rua Tabatinguera, 164 — São Paulo, Brasil

VASODILATADORES HOUDÉ

PAPAVÉRINA HOUDÉ

RIGOROSA DOSAGEM

Ampólas

0,05 g
0,10 g
0,20 g

Comprimidos

0,10 g
0,25 g

Grânulos

0,04 g

OXYPHYLLINE HOUDÉ

SAL DE TEOFILINA SOLÚVEL, ESTÁVEL E NEUTRO

Injeções intramusculares não dolorosas

Comprimidos

0,15 g

Ampólas

0,30 g

OXYPHYLLINE HOUDÉ COMPOSTA

Comprimidos

Oxyphylline 0,15 g
Papaverina 0,04 g
Fenobarbital 0,01 g

Ampólas

Oxyphylline 0,30 g
Papaverina 0,06 g

NOKHELLINE HOUDÉ

DERIVADO HIDROSSOLÚVEL E ATÓXICO DA KHELLINE

Ampólas

0,05 g de amikhelline

NOKHELLINE HOUDÉ COMPOSTA

Drágeas

Amikhelline 0,05 g
Papaverina 0,05 g
Fenobarbital 0,01 g



LABORATÓRIO F. PIERRE S/A

Rio — Caixa Postal, 489
Telefone 52-1556

S. PAULO — Caixa Postal, 606
Telefone 36-5111

QUEMICETINA SUCCINATO

CARLO ERBA

O primeiro cloranfenicol **hidrossolúvel** permitindo qualquer via de administração:

- intravenosa
- por fleboclise
- intramuscular
- intra-arterial
- endorraqeana
- tópica, superficial e endocavitária
- endobronquial (por instilação e aerosol)

O antibiótico de **maior campo de ação**, praticamente isento de toxidez.

A DL_{50} da QUEMICETINA SUCCINATO é de 1000/1500 mg/Kg,

por via endovenosa

(CHECCACCI L., "Minerva Médica", XLIX, 1958)

Frasco-ampôla de 1 g — Frasco-ampôla de 0,250 g

como cloranfenicol sintético levógiro, **liofilizado**,
acompanhados de ampolas de diluente.

QUEMICETINA ERBA tem a linha mais extensa de apresentações:

- * QUEMICETINA DRÁGEAS
- * QUEMICETINA POMADA DERMATOLÓGICA
- * QUEMICETINA POMADA NASAL
- * QUEMICETINA OFTÁLMICA (Pomada e Colírio)
- * QUEMICETINA SOLUÇÃO OTOLÓGICA
- * QUEMICETINA SUPOSITÓRIOS
- * QUEMICETINA ÓVULOS
- * QUEMICETINA VELAS
- * QUEMICETINA XAROPE



Carlo Erba do Brasil S.A.

Indústria Químico Farmacêutica

Avenida Conselheiro Rodrigues Alves, 3465, Brooklin Paulista

Fone: 61-0998 — Caixa Postal, 21.006 — SÃO PAULO

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 80 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

★

Assinat. por 1 ano Cr\$ 500,00 — Estrang. US\$ 7,50 — Número avulso Cr\$ 50,00

(Nos trabalhos publicados é respeitada a redação dos autores)

VOL. LXXIX

JUNHO DE 1960

N.º 6

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE CANCEROLOGIA

Sessão em 13 de outubro de 1959

Presidente: *Dr. Alfredo Abrão*

Tumores mixtos das glândulas salivares do palato. Drs. Josias de Andrade Sobrinho e João Ulisses Peres. — Os autores, após introdução discutindo o termo "tumor misto", justificam o trabalho devido à incidência em seu Serviço. Frisam a teoria epitelial de sua patologia, hoje aceita pela quase totalidade dos autores e apresentam a sua casuística composta de 8 casos. Estudam a incidência em relação aos outros tumores mistos das glândulas salivares, mostrando a alta percentagem de ocorrência desses blastomas no palato (7,14%). Fazem referência à sua localização, sexo, idade e cor dos pacientes e à sintomatologia e diagnóstico. Estudam a orientação terapêutica, propondo a ressecção ampla com porção óssea, quando necessário, e as vias de acesso ao palato. Discutem ainda o problema da radioterapia.

Ginecomastia. *Considerações clínicas em torno de 52 casos.* Drs. Antônio Pedro Mirra e Sérgio Acquesta. — Os autores tecem comentários a respeito da etiopatogenia e patologia da

ginecomastia, achando que a sua incidência é de relativa raridade. Apresentam a casuística da Associação Paulista de Combate ao Câncer, no período de 1946-1958, que é de 52 casos.

Vários aspectos clínicos são focalizados, chamando os autores a atenção dos médicos práticos para a orientação terapêutica dessa entidade clínica. O tratamento da ginecomastia está condicionado à sua causa, quando é possível determiná-la. Na ginecomastia do adolescente a conduta terapêutica é a de simples expectativa, pois há regressão espontânea ao ser atingida a idade de 17 anos no máximo. Entretanto, nos casos em que essa ginecomastia provoca violenta reação psíquica, e não respondem bem à psicoterapia, deve-se indicar a cirurgia após ter decorrido pelo menos um ano do início da moléstia. Na ginecomastia propriamente dita, em que existe uma afecção associada, deve-se tratar convenientemente essa afecção, e o que, geralmente, é a sua causa; nas demais situações, em que não haja causa aparente, deve-se indicar a ci-

rurgia. Na ginecomastia senil a conduta também é de expectativa, porquanto há regressão espontânea após decorridos 6 a 12 meses do seu início; nos casos em que haja suspeita de transformação maligna, a conduta é sempre a cirúrgica (biopsia). Os casos que apresentam sinais de processos inflamatórios, preliminarmente, devem ser tratados com antibióticos

ou com roentgenterapia antiinflamatória.

A cirurgia consiste em exérese do nódulo, por uma incisão periareolar; nos casos em que as dimensões do nódulo são exageradas, pode-se acrescentar a essa primeira incisão, uma outra, perpendicular, até o sulco mamário.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Sessão em 10 de setembro de 1959

Presidente: *Dr. David Rosenberg*

Resultados do tratamento cirúrgico do câncer do pulmão. Dr. Bindo Guida Filho. — Em 230 casos de portadores de câncer primitivo do pulmão observados até 30-8-1959, houve indicação cirúrgica em 62 casos, o que dá a média de 27% de operabilidade em nossos casos. A extirpação do pulmão doente foi possível em 26 casos; em um caso foi realizada lobectomia inferior por comprometimento grosseiro do mediastino, sendo esta operação considerada paliativa. Em 35 casos, aberto o tórax verificamos que as condições locais contra-indicavam a ressecção pulmonar. Em nossa casuística, portanto, 27 casos receberam o tratamento cirúrgico adequado, o que significa que somente 12% do total dos casos observados estavam em condições de receber os benefícios da cirurgia. Nos 27 casos operados tivemos 7 óbitos operatórios (mortalidade operatória de 25% no total dos casos ressecados). Em 35 toracotomias somam-se 3 óbitos operatórios (mortalidade de 8,5% para as toracotomias). Dos operados que não faleceram no pós-operatório ou durante a operação, já faleceram 12, sendo de 2 anos a maior sobrevida. Quatro operados ainda estão vivos, um

dos quais completou 2 anos de pós-operatório e outro acaba de completar 3 anos; 4 doentes tomaram destino ignorado. A gravidade da toracotomia no portador de câncer do pulmão é demonstrada por 20 óbitos nos 6 primeiros meses depois da operação. Somente 2 pacientes tiveram sobrevida além de um ano neste grupo de casos. Atualmente, há somente um toracotomizado com mais de 1 ano de evolução. Considerando a extensão da ressecção pulmonar, damos preferência à pneumectomia, até o momento. Os resultados do tratamento cirúrgico no câncer primitivo do pulmão não são animadores; entretanto, no estado atual de nossos conhecimentos, ainda é o melhor tratamento. Em nossa opinião, a toracotomia aumenta os sofrimentos do paciente no pós-operatório e encurta a vida do operado; é necessário muito cuidado na seleção dos casos para a cirurgia, pesquisando-se com empenho sinais que demonstrem a irresscabilidade do caso. Somente na ausência destes fica autorizada a toracotomia que, muitas vezes, por condições locais, imprevisíveis, verificadas somente depois de aberto o tórax, demonstra a irresscabilidade do caso.

Sessão em 15 de setembro de 1959

Presidente: *Dr. David Rosenberg*

Sinais radiológicos da estenose pulmonar. Dr. José Hortêncio de Medeiros Sobrinho. — O diagnóstico ra-

diológico da estenose pulmonar é relativamente fácil. Os sinais radiológicos fundamentais são: 1) aumento

AMINO-CRON

— T Ó P I C O —

| | |
|----------------------------------------|---------------------|
| Succinato de sulfanilamida sódica | 6,25 g |
| Mercurocromo | 2,00 g |
| Glicerina | 5,00 g |
| Água fervida | 100 cm ³ |

*No tratamento tópico das infecções
estrepto-estafilocólicas*

AMINO-CRON

— C I R Ú R G I C O —

Sulfanilamida — Mercuro-
cromo — Álcool — Acetona.

*Uso tópico, pré-operatório —
Assepsia local*



LABORATÓRIO YATROPAN S. A.

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 290 — Telefones: 35-8485 e 35-1013

ou não do coração à custa das cavidades direitas; 2) diminuição do calibre dos vasos pulmonares, que conservam arquitetura normal, podendo haver ou não dilatação pós-estenótica da artéria pulmonar e seus ramos principais; 3) diminuição ou dimensões normais das cavidades esquerdas; 4) diminuição ou não do calibre da aorta.

Em geral, ante um aspecto de pobreza da circulação pulmonar, sem que a aorta esteja aumentada, considera-se que haja estenose pulmonar com septo ventricular fechado.

O ventrículo direito costuma reagir com hipertrofia concêntrica, podendo dilatar-se ou não. Quando não se dilata, não há aumento radiológico do mesmo. A aurícula direita dilata-se quando a hipertrofia do ventrículo direito é acentuada. No caso, porém, de estar aberto o septo auricular e haver shunt da direita para a esquerda, a seu nível, ela não costuma aumentar, mesmo ante grandes hipertrofias do ventrículo direito.

Se a hipertrofia do ventrículo direito é pura, a aurícula direita é normal e as cavidades esquerdas pequenas, o coração pode apresentar-se diminuído (microcardia moderada).

O quadro radiológico mais comum é o em que o coração, relativamente pequeno, é alongado, com a ponta abaixada, havendo considerável dilatação pós-estenótica da artéria pulmonar e seus ramos principais, e afilamento brusco dos ramos terciários para diante. A aorta aparece pequena.

Todavia, há casos com grandes dilatações das cavidades direitas, outros sem dilatação pós-estenótica da artéria pulmonar, outros com uma depressão ao nível do arco pulmonar.

A dilatação pós-estenótica da artéria pulmonar é assinalada pelos autores como sinal de que a estenose se assenta na válvula, servindo de diagnóstico diferencial com as estenoses infundibulares. Em geral isso é observado, talvez porque 95% das estenoses sejam valvulares, ou porque, sendo mistas — isto é, comprometendo

tanto a válvula quanto o infundíbulo — não tenha havido uma sondagem sistemática deste último pelos cirurgiões.

O autor apresenta um caso em que se observou abaulamento do arco médio, traduzindo dilatação pós-estenótica da artéria pulmonar e no qual se verificou que a estenose era subinfundibular. O interessante foi que, no cateterismo cardíaco, o traçado contínuo de pressões da artéria pulmonar para a câmara de enchimento do ventrículo direito revelou apenas pressões muito baixas (5/2) e, em seguida, altas (106/0), na câmara de enchimento do mesmo. Nesse caso, tanto pela clínica, como pelo exame radiológico e pelo cateterismo cardíaco, diagnosticou-se estenose pulmonar valvular pura.

Outro caso mostrou uma depressão ao nível do arco pulmonar. Verificou-se que o anel valvular tinha pequeno diâmetro e a estenose era valvular. Não havia então a dilatação pós-estenótica, embora a estenose fosse valvular pura.

Ante tais casos, sem dúvida excepcionais, é de admitir-se que não se podem estabelecer regras rígidas quanto ao diagnóstico diferencial sobre o tipo de estenose, se valvular ou infundibular. Ante tal premissa, desde que tal diferenciação é de interesse para a cirurgia, a angiocardiografia seletiva com injeção de contraste no inflow do ventrículo direito, deve ser feita sistematicamente. Por ela tem-se o molde da cavidade do ventrículo bem contrastado e podem-se ver obstáculos intraventriculares, bem como o estado da válvula. Observando-se o jato de contraste através de uma válvula estenótica mede-se o diâmetro do furo existente na mesma. O estado do infundíbulo, a presença de uma estenose em diafragma ou parietal extensa no mesmo é vista com nitidez. Lembremos, finalmente, que, sem aparelhagem adequada, seringa automática de alta pressão, cateteres próprios e técnica apurada, os resultados do exame não são satisfatórios.

FISIOZIM

(Cloridrato de alfa - (2 dietilamino-etilamino) - fenilacetato de isoamila)

Novo antiespasmódico anticolinérgico e miotrópico, destituído de efeitos secundários.

ESPASMOS VISCERAIS – ESPASMOS VASCULARES

FISIOZIM – Injetável – 0,020 g em 1 cm³ – Caixa com 2 ampolas
1 a 2 ampolas, ao dia, via muscular ou venosa.

FISIOZIM – drágea com 0,025 g – Estôjo com 10 drágeas
1 drágea até 3 vezes ao dia.

FISIOZIM – Gotas – Frasco com 10 cm³
1 cm³ (20 gotas) = 0,050 g – Adultos: 10 a 20 gotas até
3 vezes ao dia – Crianças: 3 a 5 gotas até 3 vezes ao dia.



INSTITUTO PINHEIROS, PRODUTOS TERAPÊUTICOS, S. A. - SÃO PAULO - BRASIL

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA

Sessão em 12 de outubro de 1959

Presidente: Dr. Benedito Mendes de Castro

Líquen escleroso e atrófico (Hallopeau-Darier). Dr. Cyro de Campos Aranha Pereira. — Foi apresentada a paciente N. C., de 35 anos, branca, casada, portuguesa, residente nesta Capital, matriculada na Clínica Dermatológica da Escola Paulista de Medicina (Serviço do Prof. A. Rotberg), portadora de líquen escleroso e atrófico, também chamado de líquen albus ou dermatite liquenóide crônica e atrofiante. A paciente apresentava duas placas redondas, do tamanho de um limão, localizadas na região escapular direita e esquerda e outra alongada situada na região supraclavicular direita. Essas placas eram formadas pela confluência de pequenas manchas brancas, nacaradas, redondas, podendo-se ver, na periferia, algumas lesões isoladas do tamanho de cabeça de alfinete de vidro. A placa situada na região escapular direita era purpúrica na sua quase totalidade enquanto as outras duas tinham, na parte central, pequenas eminências córneas, escuras e situadas nos orifícios das glândulas suporíparas e óstios foliculares. A pele, discretamente atrófica, pregueava com facilidade pelo pinçamento digital. O exame histopatológico, efetuado pelo Dr. J. Michalany, confirmou a hipótese clínica de líquen escleroso e atrófico.

Síndrome de Werner. Drs. L. M. Bechelli e W. P. Pimenta. — Os auto-

res relatam a observação de um caso de síndrome de Werner, observado desde janeiro do corrente ano na Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP.

Trata-se do paciente L. D. (R. 8364), masculino, 49 anos, branco, solteiro, natural de Ribeirão Preto. Referiu que, aos 14 anos de idade, os cabelos começaram a branquear-se, completando-se a canície aos 15 anos. A barba, ao aparecer, já era branca. Teve catarata bilateral aos 32 nos. Enucleação cirúrgica do olho direito aos 37 anos, devida a úlcera e dor intensa, conforme afirmação do paciente.

Há 2 anos começou a ter prurido de média intensidade, localizado nos pés. Poucos dias após cessou esta manifestação, observando então que a pele dos pés e do terço inferior das pernas começara a endurecer. Desde esta época vem notando certo edema vespertino e câimbras nas pernas e pés. Progressivamente foi havendo acentuação da consistência da pele, o que dificultava de modo acentuado a movimentação dos artelhos e dos pés sobre as pernas. Gradualmente foram aparecendo nos pontos de maior pressão áreas de hiperqueratose, das quais algumas vieram a se ulcerar. Desde o início vinha apresentando desvio lateral do grande artelho, assumindo atualmente a po-

RUBROMALT

Extrato de malte
Com as Vitaminas B₁₂, A e D
Complexo B, Extrato de Fígado
Aminoácidos e Minerais.

★

INSTITUTO TERAPÊUTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil

sição de hallux valgus intenso à direita, cavalgando o dorso do segundo artelho. Discreto hallux valgus à esquerda, que, segundo o paciente, está seguindo a mesma evolução do da direita. O quadro dermatológico atual das pernas e pés assemelha-se ao da esclerodactilia, em que a pele se apresenta bastante endurecida, intensamente aderente aos planos profundos, não sendo possível pregueá-la. Há alteração na pigmentação, notando-se pequenas manchas hiperocrômicas de perimeio a outras hipocrômicas. Ausência de pêlos nas áreas comprometidas. Pele de modo geral atrofiada, com áreas de hiper e hipopigmentação e com telangiectasias, principalmente na face, orelhas e superfície anterior do tórax. Nas orelhas a pele é muito delgada e bastante aderente às cartilagens. Nariz pequeno e bastante afilado. Cabelos e barbas brancos; seus irmãos, embora mais idosos, não apresentam canície.

O paciente aparenta ser mais idoso do que realmente o é; este fato torna-se ainda mais evidente quando comparado com dois irmãos mais velhos, que parecem muito mais jovens que o doente. Este é de estatura pequena (1,52 cm), enquanto seus irmãos são bem mais altos (1,74 cm e 1,75 cm), peso 38,95 g. Nos antecedentes familiares não há referências a casos semelhantes. Tem 3 irmãos

e 1 irmã, todos mais idosos, de estatura superior à do paciente e cabelos pretos.

O paciente foi enviado à Clínica Médica para exame endocrinológico, tendo sido atendido pelo Dr. Lomonaco. Foram realizados os seguintes exames: GTT, RPKI, teste de Thorn, fósforo inorgânico no soro, fosfatase alcalina no soro, colesterol no soro, ácido úrico no soro, creatinina no sangue, cálcio no soro, curva de tolerância à insulina. Os resultados destes exames foram praticamente normais. A radiografia dos ossos revelou osteoporose generalizada. O exame otorrinolaringológico, realizado pelo Dr. Mascarenhas, revelou escassez do tecido mucoso de revestimento das cartilagens de formação da coroa laringea; observam-se nitidamente, por transparência, as cartilagens cuneiformes e aritenóides; não foi verificada alteração nem formação de placas hiperkeratóticas sobre as cordas vocais, que se apresentam com aspecto normal; do ponto de vista da dinâmica laringea, pôde observar uma faixa da corda vocal esquerda que apresenta uma falha de tensão durante a fonação.

Ao exame histológico de fragmento de pele do pé foi observada fibrose; nos cortes corados pelo método de von Kossa não se verificou depósito de cálcio.

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

Sessão em 9 de setembro de 1959

Presidente: *Dra. Linda Nahas*

Hemoterapia em bovídeos. Dr. José da Silva Lacaz. — O conferencista, veterinário do Instituto Biológico, em Guaratinguetá, relatou sua experiência com a hemoterapia em bovídeos. A transfusão pode ser feita com facilidade, não havendo necessidade de provas de compatibilidade, dada a ausência de hemaglutininas naturais nos bovídeos. Assinala o autor que, devido ao tipo de placenta, epitélio-corial, dos bovídeos, os bezerras nascem sem resistência natural, indicando-se, en-

tão, a hemoterapia, principalmente com o fim de se reforçar o estado imunitário do animal. Na premunicação contra as plasmoses, a hemoterapia encontra também grande indicação. A organização de um banco de sangue em matadouros é medida aconselhável, dado o largo emprego do sangue como tratamento auxiliar de numerosos processos infecciosos e de intoxicações a que os bovídeos são submetidos.

Aspectos sorológicos da eritroblastose fetal, com especial referência à técnica da eluição de Landsteiner e Miller. Drs. Ruy Faria, Adhemar Albano Russi e Oscar Hempe. — Os autores estudaram o soro de 490 gestantes, sendo 116 rh-negativas (23%) e 374 Rh-positivas (77%). Entre as rh-negativas, 45 (9,1% do total) estavam sensibilizadas ao fator Rh, com anticorpos anti-D ou anti-CD ou anti-DE no soro. Esses casos, na sua quase totalidade, exigiram exanguiotransfusão nos recém-nascidos, que possuíam, sem exceção, prova de Coombs direta positiva, indo a positividade de 2 a 4 cruzes. A técnica da eluição dos glóbulos vermelhos quadrilavados revelou sempre anticorpo incompleto anti-Rh e, num caso, de título quase idêntico ao do anticorpo livre no plasma do recém-nascido (diferença de um tubo apenas, isto é, 16 e 32, respectivamente). Ainda entre as rh-negativas, 13 (2,6%) estavam sensibilizadas ao fator A e/ou B e não ao fator Rh, embora os maridos e os filhos fossem Rh-positivos.

A parte mais interessante do estudo refere-se justamente a essas 13 gestantes rh-negativas que, juntamente com mais outras 32 Rh-positivas, num total muito curioso de também 45 casos (9,1% do total) estavam sensibilizadas ao fator A e/ou B. A prova de Coombs direta nas hemácias dos recém-nascidos foi feita em todos os casos, sendo positiva apenas 2 vezes, fracamente (1 cruz), em 2 recém-nascidos do grupo A. Todas as pacientes eram do grupo O, com exceção de apenas duas, que eram do grupo B, rh-negativas, casadas, com maridos A Rh-positivos e ambas sem anticorpos anti-Rh no soro.

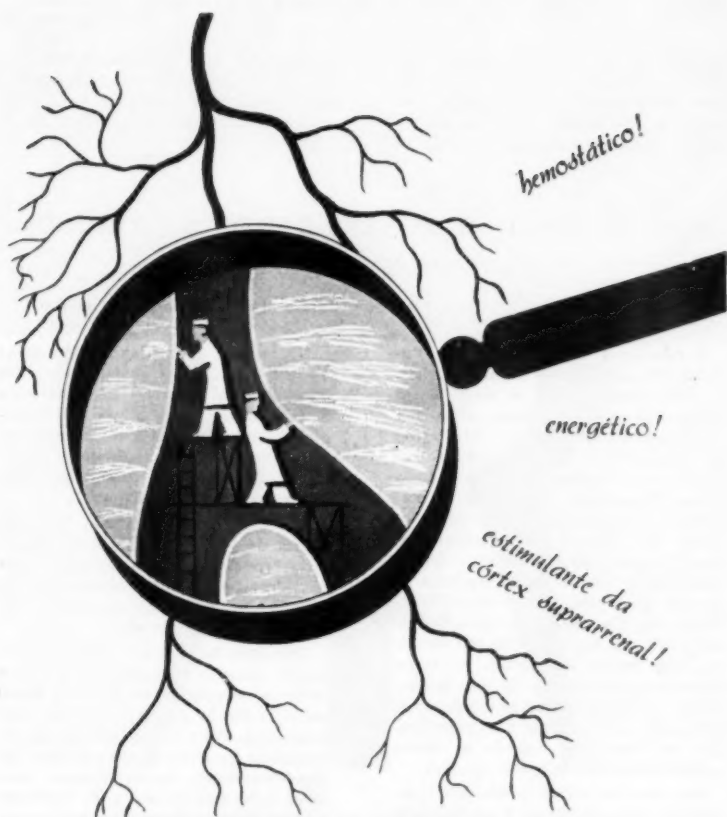
O soro dessas 45 pacientes apresentou anticorpos de tipo imune contra os fatores A e/ou B, em títulos que variaram de 128 a 8000, mas não foi possível correlacionar o título de anticorpos maternos com o quadro clínico exibido pelos recém-nascidos, nem com a bilirrubinemia dos mesmos.

Ao contrário, o estudo do eluato das hemácias dos recém-nascidos trouxe valiosa contribuição de ordem sorológica e clínica, permitindo afirmar

ou afastar o processo de isossensibilização materna aos fatores A e/ou B. Em 34 casos em que as hemácias do recém-nascido foram submetidas à técnica da eluição de Landsteiner e Miller, 30 vezes o eluato foi positivo para anti-A e/ou anti-B, permitindo assim afirmar o processo de isoimunização materna. Nos 4 casos de eluato negativo esse processo foi excluído, sendo a causa do icterus neonatorum atribuída à imaturidade hepática (2 casos) ou à vitamina K (1 caso) ou à volumosa bossa sangüínea occipital (1 caso). Desses 4 casos, dois foram exangüinados com base exclusivamente nos altos valores da bilirrubinemia, no estado geral e na prematuridade dos recém-nascidos.

Dos 30 casos positivos, 15 eluatos (50%) continham anticorpo grupo-específico, isto é, de especificidade dirigida exclusivamente contra o grupo sangüíneo a que pertencia o recém-nascido, sendo 10 de especificidade anti-A e 5 de especificidade anti-B. Os outros 15 eluatos continham anticorpo de reação cruzada, isto é, anti-AB, provocados por 11 recém-nascidos do grupo A e 4 recém-nascidos do grupo B. Nos 30 casos do eluato positivo houve 13 exanguiotransfusões, as quais foram mais frequentes nos casos em que o eluato revelou anticorpo de reação cruzada do que naqueles em que o anti-corpo era grupo-específico (8 contra 5, respectivamente). Entretanto, os autores nenhuma conclusão pretendem tirar deste fato, pois verificaram que o achado do anticorpo de reação cruzada parece relacionado com alguma propriedade ainda não bem estudada das hemácias A e B utilizadas nesse tipo de pesquisa, talvez o hipotético fator C, de Wiener. O anticorpo de reação cruzada revelou sempre o caráter de um anticorpo incompleto, sendo evidenciado apenas com hemácias ficinizadas ou prova de Coombs indireta. Algumas vezes nem mesmo as hemácias ficinizadas conseguiram revelar o anticorpo de reação cruzada, mas a prova de Coombs indireta, realizada sobre essas hemácias, revelou claramente o anticorpo (criptaglutinóide).

Finalmente, os autores mostraram que, em 8 recém-nascidos do grupo A e em 2 do grupo B, em que o caráter



PERMIPLAS

Substituto do plasma sanguíneo
Normalizador da permeabilidade capilar

Mono-semicarbazona do adrenocromo (MSA) em solução isotônica de sais minerais, com pH=7

**Choques hemorrágico e não hemorrágico (traumático, tóxico,
cirúrgico e decorrente de queimaduras).**

Prevenção e tratamento de hemorragias operatórias.

Frasco com 500 ml

LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS VICENTE AMATO-USAFARMA S/A. — S. PAULO

secretor da saliva foi pesquisado, êle foi invariavelmente positivo. Todos êsses casos exigiram exanguinotransfusão, sendo impossível dizer, entretanto, dado o pequeno número de

observações, se o caráter secretor tem qualquer significação na etiopatogenia e prognóstico da doença hemolítica do recém-nascido devida aos fatores A e/ou B.

DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

Sessão em 4 de setembro de 1959

Presidente: Dr José de Oliveira Coutinho

A esquistossomose no Vale do Paraíba (Estado de São Paulo, Brasil).
I: Observações sobre a doença em alguns dos seus Municípios, e a fauna planorbídica da região. Drs. José de Toledo Piza, Alberto da Silva Ramos, Celso Haberbeck Brandão e Caio Gomes Figueiredo. — O Vale do Paraíba é a região localizada entre as Serras do Mar e da Mantiqueira, banhada pelo rio que lhe dá o nome, referindo-se os autores somente à grande parte da região situada no Estado de São Paulo. As características geofísicas daquela zona são descritas, seguindo-se um esboço histórico sobre o aparecimento da esquistossomose, a situação epidemiológica, as primeiras providências e a planificação dos trabalhos visando a rápido conhecimento da extensão do mal.

No capítulo sobre o molusco hospedeiro intermediário, é apresentada a relação de 20 Municípios pesquisados e das espécies na região (*T. nigricans*, *T. jancirensis*, *Taphius* sp., *D. melleum* e *D. cimex*). No decorrer dos trabalhos, de abril de 1958 a julho de 1959 foram efetuadas 282 coletas de caramujos, obtendo-se 47 599 exemplares, sendo 99% da espécie *nigricans*. Dentre os 33 784 exemplares desta espécie examinados, foram verificados 112 naturalmente infectados pelo *Schistosoma mansoni*.

Segue-se a descrição de cada foco, detalhando os trabalhos ali realizados, número de doentes, tratamento e condições epidemiológicas. São os seguintes os Municípios onde foram registrados os 405 casos autóctones da moléstia: São José dos Campos, Caçapava, Taubaté, Pindamonhangaba, Roseira e Aparecida.

No tocante à profilaxia, atêm-se os autores em algumas experimentações que lhes foi possível realizar com vários moluscicidas; o controle biológico foi também objeto de indagações, por meio de peixes, moluscos e algas; ainda neste capítulo, providências são relatadas sobre o saneamento.

Um capítulo é destinado às realizações do Serviço de Educação Sanitária, concluindo-se o trabalho com considerações sobre pormenores de epidemiologia da esquistossomose naquela região do Estado.

Pelo que foi relatado, não há mais razões para o otimismo que reina entre os estudiosos do assunto, tanto em São Paulo quanto fora das suas fronteiras, sobre a impossibilidade do território paulista tornar-se foco de esquistossomose de significação sanitária, pelo fato de ser o *T. nigricans* o hospedeiro predominante no Estado.

A esquistossomose no Vale do Paraíba (Estado de São Paulo, Brasil).

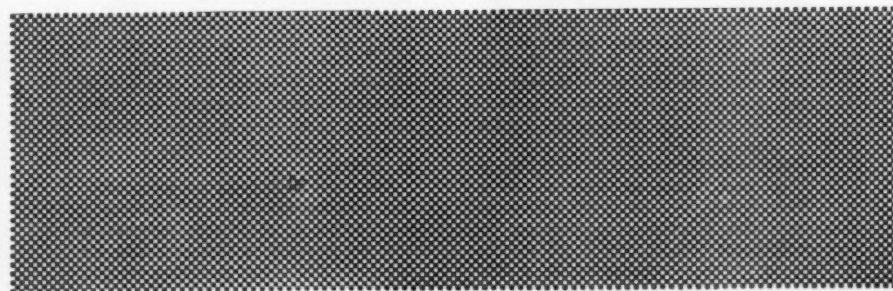
II: Descoberta de um foco na cidade de Caçapava. Drs. José de Toledo Piza, Alberto da Silva Ramos, Celso S. Haberbeck Brandão, Lúcia S. Vieira de Camargo e José Ribeiro Gonçalves. — Mais um foco de esquistossomose é descrito no Vale do Paraíba. Foram registrados 4 casos autóctones na cidade de Caçapava, sendo três no quartel do 6.º Regimento de Infantaria, sediado naquela localidade. Os criadouros de planorbídeos observados localizam-se no quintal daquela unidade do Exército e terrenos adjacentes, situados na zona da várzea do rio Paraíba.

Foram colhidos 5 213 exemplares de *Taphius nigricans* nas valas de irri-



TORRES

LABORATÓRIO



gação da horta e plantações do quartel, estendendo-se as pesquisas até os terrenos da Fazenda Matarazzo. Dentre 4671 examinados foram encontrados 15 parasitados pelo *Schistosoma mansoni* (0,32%).

Os autores concluem que a contaminação dos criadouros teve sua ori-

gem no córrego que recebe o esgoto de parte da cidade e cuja água é aproveitada para a irrigação das plantações.

Providências são relatadas também no tocante à profilaxia e educação sanitária.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Sessão em 21 de setembro de 1959

Presidente: Dr. Hélio Pucci

Valor da biopsia renal no diagnóstico e na orientação terapêutica da insuficiência renal aguda. Drs. Carlos Villela de Faria, José Lopes de Faria, Tito Ribeiro de Almeida, José Barros Magaldi, Israel Nussenzweig, Emil Sabbaga, Roland Veras Saldanha, Homero Pastore e Samir Seraphim. — A evolução dos conhecimentos sobre insuficiência renal aguda tem mostrado a necessidade de ser a lesão renal reversível, para que se obtenha êxito no tratamento. Na prática, frequentemente encontramos casos onde o caráter reversível da lesão é pôsto em dúvida, sugerindo a impossibilidade de recuperação, mas exigindo uma prova de certeza para que se justifique o abandono das medidas terapêuticas. Por outro lado, casos com todos os indícios de processos agudos de necrose tubular, apresentam por vezes anomalias de evolução que exigem um conhecimento mais exato das alterações renais presentes.

Nestas situações apenas a biopsia renal, mostrando a natureza e o grau da lesão renal, poderá fornecer os elementos que permitirão uma conduta mais segura. Em nossa experiência no tratamento da insuficiência renal aguda, por 18 vezes, tivemos necessidade de realizar a biopsia renal, e as indicações foram as seguintes: suspeita de nefropatia crônica (5 casos); anúria persistente (5); evolução anômala na fase de recuperação (6); necessidade de documentar a lesão renal (2). Deve ser salientado que, dos 5 casos com suspeita de nefropatia crônica, em 3 foi notada apenas necrose tubular aguda, e des-

tes, 2 que se recuperaram já haviam sido abandonados, com diagnóstico de nefropatia crônica em fase final. Entre os casos de evolução anômala na fase de recuperação, foram observados alguns de necrose tubular enxertada em rim já lesado por nefropatia crônica, e que apesar disto tiveram recuperação total da insuficiência renal aguda.

Estudo clínico da ação diurética da hidroclorotiazida. Drs. Emil Sabbaga, Roland Veras Saldanha, Carlos Villela de Faria e Israel Nussenzweig. — Os autores estudaram a ação diurética da hidroclorotiazida em 5 pacientes com síndrome nefrótica e em um caso de insuficiência cardíaca congestiva. Em todos eles houve acentuação nítida da natriurese e perda de peso. Em um dos doentes com síndrome nefrótica, que apresentava insuficiência renal avançada, esses efeitos foram menos pronunciados. Em 3 casos, nos quais se observou a natriurese e a clorurese simultaneamente, verificou-se paralelismo na intensidade da excreção desses dois íons. A atividade natriurética e clorurética foi-se reduzindo progressivamente à medida que se processava a eliminação dos edemas. O aumento da caliorese se mostrou intenso e evidente em todos os casos, persistindo inalterado mesmo quando o paciente já havia perdido os edemas.

Em virtude da caliorese pronunciada, é aconselhável a administração profilática de cloreto de potássio, a fim de impedir o aparecimento de hipopotassemia, nos pacientes em que

RADIOVITAMINA

Nas carências vitamínicas e minerais
Nos estados de desnutrição e convalescenças

ELIXIR

Cada colher de sopa, de capacidade
 média de 15 cm³ contém:

| | |
|----------------------------------------------|----------------------|
| Cloridrato de tiamina (vitamina B1) | 4,00 mg |
| Riboflavina (vitamina B2) .. | 1,00 mg |
| Cloridrato de piridoxina (vitamina B6) | 1,50 mg |
| Niacinamida | 15,00 mg |
| Pantotenato de cálcio | 1,50 mg |
| Ácido ascórbico (vitamina C) .. | 150,00 mg |
| Vitamina A | 600 u.U.S.P. |
| Vitamina D2 | 100 u.U.S.P. |
| Glicerofosfato dec cálcio .. | 110,00 mg |
| Glicerofosfato de sódio ... | 80,00 mg |
| Glicerofosfato de magnésio . | 75,00 mg |
| Malte | 2500,00 mg |
| Alcool a 90° | 2,5 cm ³ |
| Xarope | 2,5 cm ³ |
| Água aromatizada q.s.p. .. | 15,0 cm ³ |

DRÁGEAS

Cada drágea de peso médio de 0,5 g
 contém:

| | |
|----------------------------------------------|--------------|
| Cloridrato de tiamina (vitamina B1) | 2,5 mg |
| Riboflavina (vitamina B2) .. | 0,50 mg |
| Cloridrato de piridoxina (vitamina B6) | 0,75 mg |
| Niacinamina | 7,50 mg |
| Pantotenato de cálcio | 0,75 mg |
| Ácido ascórbico (vitamina C) .. | 75,00 mg |
| Vitamina A | 300 u.U.S.P. |
| Vitamina D2 | 50 u.U.S.P. |
| Glicerofosfato de cálcio ... | 55,00 mg |
| Glicerofosfato de sódio ... | 40,00 mg |
| Glicerofosfato de magnésio . | 37,50 mg |
| Drageado q.s.p. | 500,00 mg |

APRESENTAÇÃO: Frascos de 250 cc e caixas
 com 30 drágeas.

COLICLASE

Para o tratamento da disenteria bacilar,
nas colítes e enterocolítes

SUSPENSÃO XAROPOSA

Cada 60 cm³ contém:

| | |
|------------------------------------|--------------------|
| Sulfato de neomicina | 0,30 g |
| Ftalilsulfatiazol | 3,00 g |
| Bromometilato de homatropina | 0,0015 g |
| Goma adraganta | 0,20 g |
| Pectina | 0,20 g |
| Carboximetilcelulose | 1,20 g |
| Metilparabeno | 0,15 g |
| Glicerina | 5 cm ³ |
| Água destilada | 10 cm ³ |
| Xarope simples q.s.p. | 60 cm ³ |

COMPRIMIDOS

Cada comprimido de 0,60 g
 contém:

| | |
|------------------------------------|-----------|
| Sulfato de neomicina | 0,05 g |
| Ftalilsulfatiazol | 0,50 g |
| Bromometilato de homatropina | 0,00025 g |
| Excipiente q.s.p. | 0,60 g |

APRESENTAÇÃO: Em frascos de 60 cm³ e
 em embalagem com 20 comprimidos

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S. A.

se utilizar a hidroclorotiazida a longo prazo. Não se registrou nenhum efeito desagradável ou tóxico durante o emprêgo da droga.

Considerações sobre a gênese da dispnéia nas doenças pulmonares crônicas. Drs. Octavio Ribeiro Ratto, Italo Domingos Le Voci, Silvio Bailone e Ernesto Azevedo. — Os autores estudaram 28 casos de doentes pulmonares crônicos através das provas de função pulmonar, a fim de determinar os possíveis fatores que influem no aparecimento da dispnéia observada nesses casos. Dos 28 casos, 17 eram de fibrose bronquiolar decorrente de enfisema pulmonar e 11 casos de fibrose intersticial do pulmão com síndrome de bloqueio alveolo-capilar, cuja etiologia estava assim distribuída: 7 casos de síndrome de Hamman-Rich, 1 caso de sarcoidose pulmonar, 1 caso de lupus eritematoso disseminado e 2 casos de fibrose intersticial difusa de causa indeterminada.

Os casos estudados foram distribuídos em dois grupos: 1.º grupo — pacientes portadores de enfisema pulmonar; 2.º grupo — doentes acometidos de fibrose intersticial do pulmão.

Os resultados obtidos sugeriram as seguintes conclusões: 1) No grupo de pacientes enfisematosos os fatores principais determinantes da dispnéia estão ligados a perturbações da mecânica respiratória, a saber: redução da capacidade ventilatória acarretando respiração restringida, e aumento do trabalho ventilatório condicionando respiração trabalhosa. 2) No grupo de pacientes com fibrose pulmonar os fatores principais determinantes da dispnéia estão ligados a perturbações do condutor respiratório e da mecânica respiratória, a saber: estímulo respiratório aumentado com conseqüente hiperpnéia e hiperventilação, e redução da cavidade ventilatória, trazendo respiração restringida.

O emprêgo do iodeto de ditiazanina na estrongiloidose. *Experiência pessoal.* Drs. Jair Xavier Guimarães, Wladimir Gomes Ferraz, Merrame Adura, Moacyr de Padua Vilela, Helio Pucci, Milton Alvim Soares, Edmir R. Lopes, Aron Galante, Bárbara

Susanne Meltzner e Benjamin Lebens-tajn. — Baseados na descoberta de McCowen e col (1957) e Frye e col. (1957) sobre a ação do iodeto de ditiazanina no tratamento das parasitoses intestinais e, em especial, a comprovação de Swartzwelder e col. (1958) quanto ao nítido efeito deste medicamento no combate à estrongiloidose, os autores iniciaram, em agosto de 1958, uma experimentação clínica a respeito. No período de 1 ano, foram tratados 92 casos de estrongiloidose com o iodeto de ditiazanina, aplicando-o a doentes do Serviço de Gastroenterologia do Departamento de Clínica Médica da Escola Paulista de Medicina (Hospital São Paulo), Serviço de Clínica Médica do IAPC e clínica particular. O esquema de tratamento utilizado foi, na maioria dos casos (todos adultos), de 300 a 400 mg por dia, por via oral, durante 14 ou 15 dias, totalizando 4500 a 5300 g do medicamento. Verificamos boa tolerância em 49 casos (53,2%), intolerância sem interrupção de tratamento em 39 casos (42,4%) e interrupção de tratamento em 4 casos (4,4%); as manifestações de intolerância foram, essencialmente, náuseas, vômitos, dores abdominais difusas e surto diarreico. Quanto às náuseas e vômitos, conseguiu-se combatê-los eficientemente na maioria dos casos, associando a promazina em gotas. Os controles de cura foram feitos sistematicamente pelo método de Baermann e, em 16 casos, além deste controle, foram pesquisadas larvas de estrongilóides, por entubação duodenal. Os resultados foram os seguintes: 83 casos curados, 5 casos não curados e 4 casos de interrupção de tratamento por intolerância ao medicamento; computando-se estes últimos, houve cura em 90,2%; se excluirmos os 4 casos de interrupção de tratamento, a percentagem de cura foi de 94,3%. Consultando a literatura publicada até o momento sobre o assunto, verificamos: 18 casos de Swartzwelder e col. (1958), 20 casos de Amaral e col. (1959), 24 casos de Ferreira (1959), 32 casos de Corrêa (1959), totalizando 94 casos, com uma percentagem de cura de 93,6%. Em conclusão: corroborando

Fatos e algarismos



cêrca de quarenta entre cem

destas pessoas poderiam, no caso
de um distúrbio metabólico diabé-
tico, ser tratadas pela terapia oral.

O tratamento com

RASTINON[®] **HOECHST**

dá ao médico e ao diabético a certeza tranquilizadora, de que
a segurança do efeito hipoglicêmico se combina com uma to-
lerância não ultrapassada por nenhum outro antidiabético oral,

Rastinon satisfaz assim as condições principais exigidas por
uma terapêutica permanente, sem perigo, do diabetes.

Mais de um milhão de diabéticos sabem dar valor a esta
circunstância.

FARBWERKE

HOECHST AG



General Sales Office & Managing: FRANKFURT (M) - HOECHST
(Alemanha)

Representantes:
HOECHST DO BRASIL Química e Farmacêutica S.A. - Rua do Comércio C.P. 1139

® marca registrada

os resultados anteriores e concomitantes, julgamos ser o iodeto de ditiazanina o medicamento ideal para o tratamento da estrongiloidose, parasitose intestinal que até o momento era rebelde a qualquer tratamento.

Punção cutânea do ventrículo esquerdo: cardioangiografia e registro de pressões. Drs. Sílvia Borges, Costabile Gallucci, José Bocanegra, Oswaldo Steinberg, Rogerio F. Guimarães, Nelson Algranti e Vicente Forte. — Os autores iniciaram a sua experiência em punção transcutânea do ventrículo esquerdo, numa série de cães que haviam sido submetidos a colocação de enxertos homólogos em algum ponto da aorta. A simplicidade, os ótimos resultados e a ausência de complicações importantes, animaram os autores a aplicar o método em problemas diagnósticos de casos humanos.

Após apresentarem a técnica e resultados dos exames realizados em cães, expuseram os mesmos dados de 8 casos humanos. Em ambas as séries, foi utilizada a via intercostal lateral, punccionando-se o ventrículo esquerdo por punção transcutânea num ponto localizado no intercosto inferior ao icto e a 1 cm por fora. Utilizaram

agulhas de punção raquídea n.º 18 nos primeiros casos e n.º 17 nos dois últimos casos. Em alguns também foi usada a agulha de Courmand de punção arterial.

Na série de cães relataram um acidente, ocasionado pela conexão direta da seringa com agulha, sem intermediário flexível. O operador injetou inicialmente na cavidade ventricular e o final na musculatura septal, tendo havido penetração da agulha durante a instilação do contraste.

Nos casos humanos não houve mortalidade. Em 1 caso (atresia tricúspide, de 6 meses de idade), estando a agulha inicialmente na cavidade ventricular, ao se iniciar a instilação, inadvertidamente a criança foi deslocada e a instilação (3 ml) se processou na cavidade pericárdica. As extrasístoles foram frequentes no momento de se atingir e penetrar no miocárdio e, em um caso que tinha bloqueio auriculoventricular de 1.º grau, houve uma fibrilação auricular paroxística.

Os exames foram sempre realizados na presença de um dos cirurgiões da equipe de cirurgia cardíaca do hospital e as anestésias gerais foram administradas por elementos da mesma equipe.

Sessão em 15 de outubro de 1959

Presidente: *Dr. Hélio Pucci*

Ensaio terapêutico com a isopropilnoradrenalina nos bloqueios auriculo-ventriculares da miocardite chagásica. Drs. José Bocanegra, Abrão Pfefferman, Dirceu V. dos Santos, Sílvia Borges e Sílvia Carvalhal. — Os autores estudam a ação da isopropilnoradrenalina em casos de bloqueio auriculoventricular, apresentando nesta data o resultado dos primeiros 5 casos observados, 4 dos quais de etiologia chagásica. A droga utilizada é o sulfato de isopropilnoradrenalina racêmica, sob forma de comprimidos perlinguais a 0,02 g (Aleudrin). A utilização da isopropilnoradrenalina nos distúrbios de condução auriculoventricular, caracterizados por assistência ou frequência ventricular demasia-

damente baixa, vem sendo preconizada tanto por autores americanos, como também europeus, há alguns anos. Os primeiros têm utilizado a forma levógira, enquanto na Europa tem sido empregada a forma racêmica. Os resultados referidos na bibliografia por nós compulsada são semelhantes em ambos os casos e limitam-se a dados colhidos em pacientes não chagásicos. A droga pode ser administrada tanto pela via sublingual, como pelas vias intravenosa e retal. Das três vias, a sublingual é obviamente mais prática para o tratamento de manutenção, enquanto a via intravenosa parece ser a mais eficiente, requerendo entretanto a hospitalização do paciente.



novos rumos da **Antibiotioterapia**
com a associação sinérgica de
Colistin e Penicilina

onde o COLISTIN se destaca por sua marcante
atividade contra germes gram-negativos — Coli,
Hemófilos, Shigelas, Salmonelas, Aerobacter,
Klebsiela, Pseudomonas e Proteus — e produtos
de PENICILINASE,

reconquistando para a **Penicilina** sua atividade primitiva

COLICILIN

Associação de amplo espectro anti-bacteriano

Não enseja resistência

Tolerância perfeita

Ausência de efeitos secundários

Indicações: *Preventivamente no pré e pós-operatório e no tratamento de todas as infecções por germes Gram-positivos e Gram-negativos.*

Apresentação: *Frasco-ampôla contendo:*

Colistin (sob a forma de sulfato) 500.000 unidades

Penicilina G potássica 100.000 unidades

Penicilina G procainica 300.000 unidades

acompanhado de 1 ampôla de diluente com 3 cm³.

Modo de usar: *1 a 2 ampôlas cada 24 horas.*



Laboratório Farmacêutico Internacional S.A.
Rua Lisboa, 890 - Fones 80-2135 e 80-2136 - São Paulo - Brasil

As ações cardiocirculatórias da isopropilnoradrenalina podem ser resumidas como segue: 1) ação estimulante sobre o sistema muscular específico, o que resulta em aumento da frequência sinusal e nodal e diminuição dos tempos de condução; 2) ação inotrópica positiva sobre o músculo cardíaco, resultando em aumento da energia de contração; 3) discutida ação vascular periférica, que se traduz geralmente por aumento da pressão arterial diferencial, devido à queda da pressão diastólica, com manutenção da sistólica; 4) menor risco de produção de arritmias ectópicas (do que, p. ex., com a adrenalina).

Os autores passam a descrever os 5 casos observados. Os resultados, apresentados em nota prévia, parecem confirmar a utilidade da isopropilnoradrenalina também nos casos de distúrbios de condução bradicardizantes de etiologia chagásica, devido à ação aceleradora da droga sobre os *pace-makers*.

Os resultados até agora colhidos não permitem, porém, tirar conclusões finais sobre a possibilidade de diminuir-se os tempos de condução auriculoventricular em corações gravemente lesados pela moléstia de Chagas.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DO TRABALHO

Sessão em 26 de outubro de 1959

Presidente: *Dr. Aloysio Camargo*

Participação da odontologia num programa de higiene industrial. Dr. Lourenço Marmo. — Atendendo-se a série de complexos problemas originários do desenvolvimento industrial, são necessárias novas especializações dentro do campo da higiene industrial. A Odontologia não poderia estar ausente dessas especializações, para assegurar a integridade física e, como consequência, o bem-estar do trabalhador dentro da coletividade.

Talvez nenhuma das especializações se encontre em situação tão privilegiada como a Odontologia, de apreciar e poder estudar mais diretamente o perigo constante para a saúde representado pelos fatores e agentes tóxicos de nossas indústrias, pelo fato de se conhecer que a boca e particularmente as gengivas representam um lugar primordial para se localizarem manifestações de processos tóxicos. Os tecidos e as estruturas orais são bastante vulneráveis aos efeitos de certas substâncias encontradas na manufatura dos produtos industriais. As manifestações orais das exposições profissionais podem ser reconhecidas e, na maioria das vezes, prevenidas ou reduzidas pela instituição das práticas de higiene industrial.

A tarefa do dentista num Serviço de higiene industrial consiste em reconhecer, prevenir e tratar as moléstias e lesões orais ocupacionais. É necessário que a atuação do dentista membro da equipe de higiene industrial seja constante para reduzir a probabilidade de alterações orais devido às exposições entre os trabalhadores.

Existem numerosas manifestações orais das exposições a agentes químicos e fatores ambientais.

Assim, as pigmentações bucais constituem um sinal por demais característico de numerosas gengivostomatites tóxicas. A grande frequência com que elas aparecem nos trabalhadores de nossas indústrias leva-nos a encará-las como sinais de processos tóxicos. Essas pigmentações podem ser originadas por substâncias muito variadas, sendo as mais comuns o chumbo, bismuto, prata, cobre, cromo, mercúrio, etc.

As corrosões dentárias, as manchas nos dentes, língua e gengivas, os depósitos tartáricos, as descálificações dentárias, as osteomielites e necroses da mandíbula, hemorragias gengivais, queimaduras, fissuras e rachaduras dos lábios, perturbações da salivação

e finalmente as cáries, constituem o grupo de manifestações orais ocupacionais.

Como confirmação do que ficou exposto acima, tivemos oportunidade de observar, pelos exames bucais realizados em industriários de São Paulo, algumas daquelas manifestações orais ocupacionais.

Verificamos, em trabalhadores de quatro fundições, casos de corrosões

dentárias, gengivites e queimadura dos lábios. Em duas indústrias de acumuladores, verificamos a presença da linha azul nas gengivas como sinal de intoxicação pelo chumbo. Encontramos também, entre cromadores, casos de manchas nos dentes e língua.

Esses são alguns dos casos que pesquisamos, no trabalho que está sendo desenvolvido até o presente momento no Serviço de Higiene e Segurança Industrial do SESI.

Sociedade Médica São Lucas

Sessão em 12 de janeiro de 1960

Presidente: *Dr. Adalberto Leite Ferraz*

Tratamento da icterícia pela hiperiluminação. Dr. Adhemar Albano Russi. — O orador apresentou uma nota breve sobre o emprego da hiperiluminação no tratamento da icterícia do recém-nascido que não apresentam incompatibilidades sanguíneas feto maternas. Em 170 casos de exsanguinação, verificou que às vezes novamente sobe a taxa de bilirubina, exigindo nova exsanguinação. A hiperiluminação apressa consideravelmente a regressão da icterícia. Isso ficou patente em um caso de criança nascida a 29 de dezembro último. A 1.º de janeiro estava icterica, com 33,7 mgs. %; foi feita nesse dia exsanguinação com 1 000 cc de sangue, caindo a bilirubina a 13 mgs. ao fim de 4 hs., quando se iniciou a hiperiluminação, já não existindo mais a incompatibilidade sanguínea. Ao fim de 24 horas em duas etapas de exposição à luz, a criança tinha bilirrubinemia normal.

O dr. Paulo Taunay citou um caso de observação pessoal, de exsanguinação, seguida de hiperiluminação. Referiu outros casos em que a hiperiluminação apresentou resultados apreciáveis.

O dr. Waldemar Machado testemunhou o bom resultado em um caso observado no Sanatório São Lucas.

Os pontos de vista do Dr. Adhemar Albano Russi foram confirmados pelo dr. Domenico Barbieri.

Foi lembrado pelo dr. Eurico Branco Ribeiro que, a hiperiluminação poderá ser utilizada como teste antes da decisão da exangüineo-transfusão.

Hipospádia. Dr. Antônio Duarte Cardoso. —O A. discorreu sobre o tratamento da hipospádia. Fez a classificação da hipospádia, acentuando que 3/4 dos casos são de tipo balânico, não necessitando de correção. Expôs as razões embriológicas da hipospádia e passou a cuidar do tratamento, citando primeiro certas medidas de ordem geral para depois apresentar e discutir várias técnicas empregadas para a correção cirúrgica.

O Dr. Cardoso exibiu numerosos diapositivos.

O assunto foi discutido pelos drs. Moacyr Boscardin e Eurico Branco Ribeiro.

Por fim o dr. Adhemar Albano Russi explicou a notícia dada de sua comunicação erroneamente anunciada como nota prévia.

O dr. Fernando Cunha falou, antes de encerrada a sessão, dizendo o motivo de sua visita a São Paulo e externando as suas impressões.

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

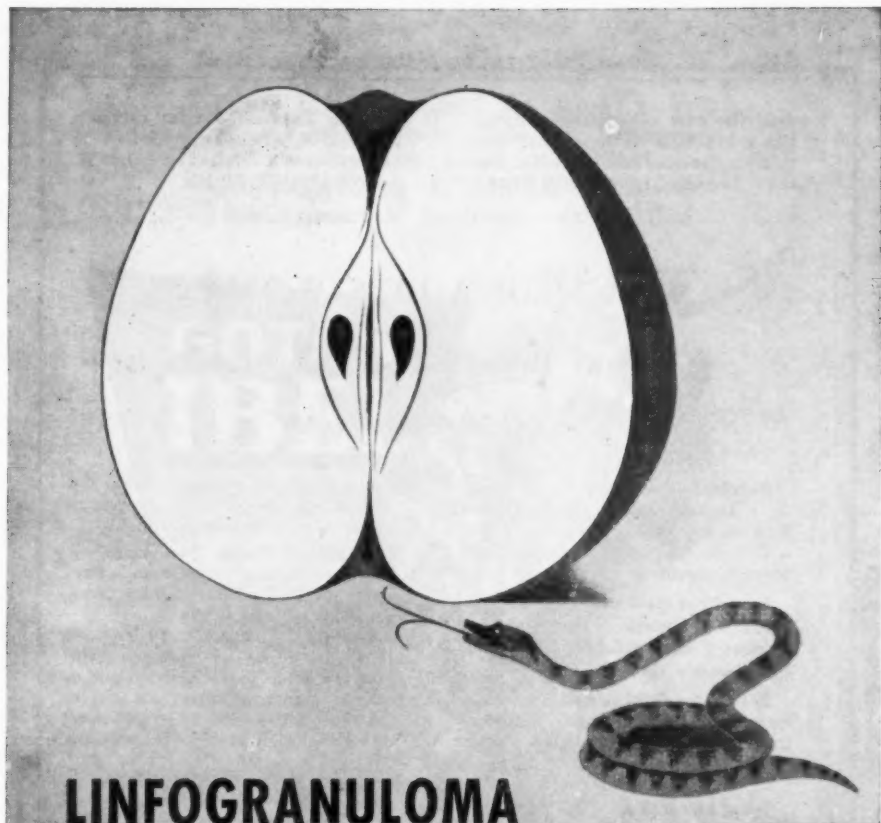
Revista do Hospital das Clínicas.

— Vol. XIV, novembro-dezembro de 1959. — Melhores perspectivas para o câncer gástrico? — Prof. Eurico da Silva Bastos; Considerações sobre o quadro histológico encontrado em aurículas de pacientes com estenose mitral — Drs. Luiz V. Décourt, Mário Rubens Montenegro, Naim Sawaya e Renato Castiglioni; Fórmula megacariocitária: estudo morfológico e citotímico dos megacariócitos normais — Drs. Michel Jamra e Therezinha F. Lorenzi; Efeitos agudos da clorotiazida sobre o metabolismo de sódio e potássio na cirrose com ascite; comparação com outros diuréticos — Drs. Emílio Mattar, Ary Lopes de Almeida, Mário Shiroma e A. B. de Ulhôa Cintra; Rotura do baco na esplenoportografia transparietal — Drs. João Alves Meira, Francisco J. de Mello e Albuquerque e Mário Shiroma; Gastrites: avaliação comparativa da biópsia e da gastroscopia — Drs. José de Sousa Meireles Filho, Mário Rubens Montenegro, José Carlos Oliveira Lins e José Fernandes Pontes; O valor da biópsia gástrica em propedêutica e a sua contribuição para o estudo das gastrites. — Drs. José de Sousa Meireles Filho, Mário Rubens Montenegro, Hernan Espejo e José Fernandes Pontes; Teor de gordura, nitrogênio e valor calórico das fezes de indivíduos que sofreram gastrectomia parcial com anastomose gastrojejunal (Billroth II) — Drs. Dirceu Pfuhl Neves, Alberto Carvalho da Silva e José Fernandes Pontes; Evolução do peso corporal nos indivíduos que sofreram gastrectomia parcial — Drs. Dirceu Pfuhl Neves, Scharif Kurban e José Fernandes Pontes; Absorção da vitamina B-12 (Co-60) em gastrectomizados — Drs. Jayme Rosenbojm, R. R. Pieroni, Scharif Kurban, José Schneider, Naum Kusminski, A. B. de Ulhôa Cintra, Cantídio de Moura Campos e Sunão Honda; Valor da determinação

da mucoproteína no diagnóstico diferencial das icterícias — Drs. Henrique Elkis, Jayme Rosenbojm, Scharif Kurban, Vicente Amato Neto, Naum Kusminsky, Mozart Regis Furtado e João Alves Meira; Tratamento da hipertensão arterial pela reserpina — Drs. Geraldo Merlino, Fernando de Almeida Domingues e Arindo de Oliveira Lôbo; Tratamento intensivo da esquistossomose intestinal pelos antimoniais — Drs. Paulo Carvalhaes e Virginia Carone; Taquicardia bidirecional — Drs. F. Pinto Lima, Nemésio Baillão e Inah Esteves de Almeida; Emprêgo da prova de Waaler-Rose no diagnóstico da artrite reumatóide — Drs. Castor Jordão Cobra, Hernani D'Auria, Armando Buoniconti, Sérgio Ignacio Ruiz e Luiz R. Trabulsi; Importância da biópsia renal no diagnóstico e na orientação terapêutica da insuficiência renal aguda — Drs. Carlos Villela de Faria, Emil Sabbaga, Roland Veras Saldanha, Israel Nussenzweig, Tito Ribeiro de Almeida, José Barros Magaldi, Homero Pastore e Samir Seraphim.

Revista Paulista de Medicina. —

Volume 56, fevereiro de 1960. Auris externa ad ansam (otoplastia) — Drs. Roberto Farina, Ricardo Baroudi, Benjamim Golman e Edwald Merlin Keffke; Cavernas císticas pulmonares de origem tuberculosa — Drs. Almyr Edmundo Cordeiro Côrtes, Radyr de Queiroz, J. A. Passos, Walter Pellegratti, José Antônio Padovan, Sylvio da Costa Rios, Marco de Assis Figueiredo, José Walter Sprovieri e Fumio Chiba; Estudo da drenagem linfática da tireóide no vivo. Sua contribuição ao tratamento do câncer — Dr. Josias de Andrade Sobrinho; Cálculo vesical formado em torno de fio inabsorvível — Dr. Pedro Teruel Romero; Ventilação pulmonar e mecânica da respiração na anestesia do recém-nascido — Dr. Ruy Vaz Gomide do Amaral;



LINFOGRANULOMA VENÉREO



Altamente
eficaz por via oral.

Cada cápsula
contém 250 mg
de Aureomicina.

Um dos antibióticos mais versáteis,
indicado contra amebíase intestinal, bru-
celose, peritonite, coqueluche, pneumo-
nia, infecções bacterianas associadas
ao vírus da influenza, infecções gram-
negativas, gram-positivas, endocardite
bacteriana resistente à penicilina, lin-
fogranuloma venéreo, gonorréia, infec-
ções do útero e anexos e grande
variedade de infecções cirúrgicas.

Suave - Baixo potencial alérgico - Eficaz

Divisão LEDERLE

Cyanamid Química do Brasil S. A.

Rio de Janeiro - Av. Rio Branco, 131 - 21.º

São Paulo - Rua Lavapés, 326

AUREOMICINA
CÁPSULAS

Aparelho para radiocolangiomanometria e avaliação da capacidade volumétrica das vias biliares — Dr. Caetano Zamith Mammana; Situação

atual da imunização ativa contra a poliomielite. Problemas relativos às vacinas ativa e inativada — Drs. W. Auerswald e C. Ehrlich.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Colégio Brasileiro de Cirurgias

(Capítulo de São Paulo)

Prêmios. — O capítulo de São Paulo do Colégio Brasileiro de Cirurgias informa aos médicos interessados que o Colégio distribui anualmente, três prêmios, sendo:

1) Prêmio José de Mendonça — Medalha de prata — Para trabalhos inéditos e de atualidade sobre qualquer assunto de cirurgia.

2) Prêmio "Oscar Alves" — Medalha de ouro e diploma — Para trabalhos inéditos sobre cirurgia plástica e cirur-

gia do aparelho genito-urinário. A este prêmio não podem concorrer os membros titulares do Colégio.

3) Prêmio "Brant Paes Leme" — Medalha de prata e certificado — Para trabalhos inéditos sobre clínica, cirurgia e técnica operatória.

Quaisquer informações poderão ser solicitadas ao 1.º secretário do Capítulo, dr. Fábio S. Goffi, sendo que os trabalhos para concorrer aos citados prêmios em 1960 deverão ser entregues de 1.º de abril a 10 de junho próximo.

Academia de Medicina de São Paulo

Prêmios distribuídos em 1959. — Na Academia de Medicina de São Paulo, realizou-se a entrega de diploma aos vencedores dos prêmios distribuídos pela Academia, em 1959.

Prêmio "Antônio Almeida Prado" ao trabalho intitulado "Estudo da sobrecarga oral, aguda, de clorpropamida em indivíduos normais e diabéticos", de autoria dos Drs. Virgílio Gonçalves Pereira, Bernardo Léo Wachenberg, Aron Gelman, José Schneider, Ewaldo Hermínio de Lúcia Melo, Gunther Hoxter, Renato Devesa, Emílio Mattar, Francisco Bastos de Jorge e prof. Antônio Barros de Ulhoa Cintra.

Prêmio "Giovanni Lorenzini" ao trabalho intitulado: "Valor da determinação da mucoproteína sérica no

diagnóstico diferencial das icterícias" de autoria dos Drs. Henrique Elks, Jayme Rosenbojm, Scharif T. Kurban, Vicente Amato Neto, Naum Kusdinsky e Mozart Régis Furtado e prof. João Alves Meira.

Posse da nova diretoria

Na mesma oportunidade tomou posse a nova diretoria, que está assim constituída: presidente, prof. Adherbal Tolosa, vice, Sr. Nairo França Trench; secretário geral, sr. Plínio Bove; tesoureiro sr. Octavio Martins Toledo; secretários de mesa, srs. Roberto Melaragno Filho e Adauto Martinez; presidentes de seção: Cirurgia especializada, sr. Virgílio A. Carvalho Pinto; Medicina geral, sr. Horácio Kneese de Mello; Medicina Especia-

TRIUNFANDO através dos tempos e de
 geração em geração, como a linhagem
 dos animais puro-sangue, CODEINA e
 CLORIDRATO de ETILMORFINA lideram
 tradicionalmente a terapêutica das TOSSES

GOTAS IBEL

(CODEINA · CLOR. DE ETILMORFINA)



FÓRMULA

| | |
|--------------------------------|----------|
| Cloridrato de Etilmorfina ... | 0,003 g. |
| Codeína | 0,004 g. |
| Tintura de Lobelia | 0,1 g. |
| Tintura de Grindella | 0,1 g. |
| Tintura de Crataegus | 0,1 g. |
| Balsamo Tolu concentrado, q.s. | 1 cc |

MODO DE USAR

Adultos:

40 gotas em um cálice de água açucarada, 4 a 5 vezes ao dia, ou segundo critério médico.

Crianças:

20 gotas a critério médico.

Receituário Livre

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.

R. Ruy Barbosa, 377 — Fones 36-8075 - 33-3426 — C. Postal 1874 — S. PAULO

lizada, sr. Ricardo Veronese; Ciências aplicadas à Medicina, prof. Adorico Machado de Souza; Medicina Social, sr. Paulo Albuquerque Prado; Comis-

são de Patrimônio; prof. Oscar Monteiro de Barros, sr. Mário Ramos de Oliveira, sr. João Mendonça Cortez e prof. Eurico da Silva Bastos.

CONGRESSOS MÉDICOS

XI Congresso Brasileiro de Oftalmologia

Realização em Vitória (Espírito Santo) — Deverá realizar-se entre 23 e 28 de julho próximo, na cidade de Vitória (Espírito Santo), o XI Congresso Brasileiro de Oftalmologia, promovido pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia, do qual é presidente o prof. Ivo Corrêa Meyer, e organizado pela Comissão Executiva dos Congressos Brasileiros de Oftalmologia, cujos membros são: prof. Cyro de Rezende, presidente; dr. Jacques Tupinambá, vice-presidente; drs. Sylvio de Almeida Toledo e Rubens Belfort Mattos, secretários gerais; drs. Renato Toledo e Paulo Braga de Magalhães, tesoureiros; e Armando de Arruda Novais, encarregado de relações públicas.

Por sugestão do prof. Cyro de Rezende, o temário oficial do Congresso será dedicado à "atualização da terapêutica clínico-cirúrgica em oftalmologia", com o fim de proporcionar aos oculistas participantes uma visão de conjunto dos recentes progressos no campo da oftalmologia.

Como relatores oficiais do referido Congresso comparecerão delegados já designados pelas Sociedades de Oftalmologia e Centros Universitários especializados dos vários Estados brasileiros, o que demonstra que está praticamente garantido o sucesso científico do próximo certame.

O temário oficial é o seguinte:

1) Tratamento médico atual dos processos degenerativos e metabólicos da retina. Relator: dr. Mário A. Azambuja, pela Sociedade de Oftalmologia e Otorrinolaringologia do Rio Grande do Sul;

2) Recentes aquisições na cirurgia das vias lacrimais. Relator: dr. J.

Martins Rocha, pela Associação Médica do Instituto Penido Burnier (Campinas);

3) Terapêutica médica atual do glaucoma crônico simples. Relator: dr. Paiva Gonçalves Filho, pelo Centro de Estudos da Clínica de Olhos da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil;

4) Recentes aquisições na cirurgia da córnea. Relatores: drs. Marcello Martins Ferreira e Afonso Fatorelli, pelo Centro de Estudos da Clínica Oftalmológica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Rio de Janeiro;

5) Recentes aquisições na terapêutica cirúrgica do descolamento da retina. Relatores: prof. Paulo Filho e dr. Antônio Giardulli, pelo Centro de Estudos da Clínica Oftalmológica da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro;

6) Estado atual do tratamento das neurites óticas. Relator: dr. R. Fontes Lima, pela Sociedade Brasileira de Oftalmologia (Rio de Janeiro);

7) Os novos antibióticos usados na terapêutica oftalmológica. Relator: prof. Clóvis Paiva, pelo Centro de Estudos Isaac Salazar, da Clínica de Olhos da Faculdade de Medicina da Universidade de Pernambuco;

8) Recentes aquisições na anestesia em cirurgia oftalmológica. Relator: prof. Heitor Marback, pela Seção de Oftalmologia da Associação Baiana de Medicina e Centro de Estudos da Clínica de Olhos da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia;

9) Tratamento médico atual das afecções da córnea. Relator: prof.

BIOSERINA

Que é Bioserina ?

— É uma associação de Novocaina e extrato potencializado de órgãos.

Qual a importância e interesse da associação ?

— O extrato de órgãos por si só, é poderoso fator de melhoria das condições glandulares, nervosas e vasculares de indivíduos senis, restabelecendo a vivacidade, a disposição e elasticidade, além de possuir notável ação anti-tóxica, anti-alérgica e protetora da célula hepática.

O extrato de órgãos tem ação sinérgica e potencializadora sobre os efeitos eutróficos, revitalizantes e de recuperação orgânica apresentados pela Novocaina.

Quais os resultados do emprego de Bioserina ?

— Bioserina determina:

- a) *Desaparecimento da sintomatologia dolorosa.*
- b) *Melhora dos movimentos articulares.*
- c) *Melhora do quadro da artério-esclerose.*
- d) *Melhora das condições cárdio-circulatórias.*
- e) *Melhora das condições psíquicas.*

FÓRMULA:

| | |
|---------------------------------------|----------|
| Cloridrato de Novocaina | 0,100 g. |
| Extrato potencializado de órgãos | 5 ml. |

INDICAÇÕES:

Profilaxia e tratamento dos transtornos de senilidade — Artério-esclerose — Hipertensão arterial — Artropatias — Caducidade — Dores e nevralgias em geral.

Um produto garantido com a marca CLIMAX



LABORATÓRIO CLIMAX S.A.

Rua Joaquim Távora, 651 - 780 — São Paulo, Brasil

Egon Kruger, pela Associação Paranaense de Oftalmologia;

10) O tratamento atual dos processos oculares a virus. Relatores: prof. Milton Rocha e dr. Oliveira Lima, pelo Departamento de Oftalmologia da Associação Médica de Minas Gerais e Centro de Estudos da Clínica de Olhos da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais;

11) Recentes aquisição na terapêutica cirúrgica do glaucoma. Relator: prof. Geraldo Queiroga, pelo Centro de Estudos da Clínica de Olhos da Faculdade Católica de Medicina de Minas Gerais;

12) O moderno tratamento médico das ambliopias. Relatores: prof. Cyro de Rezende e drs. Paulo Braga de Magalhães, Jorge Alberto Fonseca Caldeira e Celso Antônio de Carvalho, pelo Seminário J. Brito da Clínica de Olhos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;

13) O tratamento médico atual das uveites. Relator: dr. Armando de Arruda Novais, pelo Centro de Estudos de Oftalmologia (São Paulo);

14) Recentes aquisições na terapêutica cirúrgica da catarata. Relatores: drs. Jacques Tupinambá, Artur Amaral Filho, José Luis Lemos da Silva e Antônio Santiago Malta, pelo Centro de Estudos da Enfermaria de

Olhos — Mulheres — da Santa Casa de Misericórdia de S. Paulo.

15) Recentes aquisições na cirurgia do glaucoma congênito. Relator: dr. Wilson Guimarães, pela Sociedade de Oftalmologia de São Paulo e Departamento de Oftalmologia da Associação Paulista de Medicina.

Haverá uma exposição científica contendo material demonstrativo dos trabalhos das Cátedras e Serviços Oftalmológicos no país e uma exposição de aparelhos óticos, material cirúrgico e mostruários, promovida pelas casas especializadas no ramo e pelos laboratórios farmacêuticos.

Com referência à parte turística, está sendo organizado um programa de grande interesse para os congressistas e suas famílias.

A Comissão Executiva convida os oculistas de todo o Brasil para participarem do conclave, com o objetivo de intercâmbio científico e de confraternização.

Para inscrições e quaisquer informações sobre o próximo Congresso, dirigir-se ao presidente da Comissão Executiva, prof. Cyro de Rezende, ou ao secretário geral, dr. Sylvio de Almeida Toledo. Clínica de Olhos, Hospital das Clínicas, 6.º andar (avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar), São Paulo.

I Simpósio Internacional de Medicina Cibernética

Sua realização em Nápoles (Itália)
— Nos dias 2, 3 e 4 de outubro de 1960, realizar-se-á em Nápoles, organizado pela Società Internazionale di Medicina Cibernetica, o primeiro Simpósio Internacional de Medicina Cibernética, que será presidido pelo prof. Aldo Masturzo, da Universidade de Nápoles.

Estão previstas excursões a Pompéia, Sorrento e pontos turísticos de Nápo-

les, com recepções, apresentação de máquinas cibernéticas de interesse médico e conversação científica com a colaboração de todos os participantes.

Inscrições com o título de eventual comunicação (10 dólares), até 30 de junho com o Professor Renato Vinciguerra, Via Roma 348, Napoles-Italia.

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Código de Ética Médica

Sua elaboração pelo Conselho Federal de Medicina. — De importância fundamental, seu conhecimento por toda a classe médica é indispensável. São os seguintes, na íntegra, os capítulos do citado código:

CAPÍTULO I

*Princípios e
Normas Gerais*

ART. 1.º — Sendo a Medicina uma profissão que visa, primordialmente, a cuidar da saúde do homem, em todos os seus aspectos, o médico tem o dever de exercer suas atividades com absoluta compreensão de suas responsabilidades, sem atender a questões de natureza religiosa, racial, política ou social.

ART. 2.º — O médico não deve permitir que seu trabalho seja explorado por terceiros, quer no sentido comercial, político ou filantrópico.

ART. 3.º — São deveres fundamentais do médico:

- a) guardar absoluto respeito pela vida humana, jamais utilizando seus conhecimentos científicos ou técnicos contra a saúde física ou mental de seu semelhante;
- b) exercer a profissão com dignidade e consciência;
- c) procurar desenvolver e aprimorar constantemente seus conhecimentos científicos, técnicos e culturais, e colaborar para o progresso da Medicina;
- d) abster-se escrupulosamente de atos que impliquem na mercantilização da Medicina e combatê-los, quando praticados por outrem;
- e) obedecer ao preceituado no Decreto n.º 4113, de 14 de fevereiro de 1942, publicado no Diário Ofi-

cial de 18 de fevereiro de 1942, e relativo à publicidade médica. (1)

ART. 4.º — É vedado ao médico:

- a) utilizar-se de agenciadores para angariar serviços ou clientela;
- b) receber ou pagar remuneração ou percentagens por clientes encaminhados de colega a colega;
- c) receber comissões, vantagens ou remuneração de farmácias, laboratórios, hospitais, casas de saúde, gabinetes de radiologia, casas de óptica ou estabelecimentos congêneres comerciais;
- d) receitar sob forma secreta ou esconder receita de modo que só determinada farmácia a entenda;
- e) anunciar a cura de doenças consideradas incuráveis e o emprêgo de métodos "infallíveis" ou secretos de tratamento;
- f) anunciar, anda que veladamente, a prática de intervenções ilícitas;
- g) anunciar, na imprensa leiga, o tratamento de doenças que ofendam o pudor e o decôro públicos;
- h) fazer o próprio preconício, em anúncios imoderados e pomposos;
- i) fazer referência, na imprensa leiga, a preparados farmacêuticos;
- j) fornecer atestados sobre o valor de produtos farmacêuticos ou quaisquer processos de tratamento;
- l) usar títulos que não possua e anunciar especialidades não admitidas pelas entidades competentes;
- m) fazer diagnósticos, dar conselhos ou receitas pelos jornais, rádio, televisão e correspondência, divulgar observações clínicas pela imprensa leiga e permitir a publicação de atestados e cartas de agradecimentos;
- n) desviar, para sua clínica particular, doente que tenha atendido

em virtude de sua função em instituição pública ou particular de assistência gratuita;

- n) anunciar a prestação, em seu consultório particular, de serviços gratuitos ou a preços vis, ou oferecê-los a instituições cujos associados possam remunerar adequadamente o trabalho médico;
- p) acumpliciar-se, por qualquer forma, com os que exercem ilegalmente a Medicina; (2)
- q) colaborar em plano ou com entidade em que não tenha independência profissional, ou em que não haja respeito aos princípios éticos estabelecidos.

CAPÍTULO II

Relações Com o Doente

ART. 5.º — O médico tem o dever de informar o doente quanto ao diagnóstico, prognóstico e objetivos do tratamento, salvo se as informações puderem causar-lhe dano, devendo, neste caso, prestá-las à família ou aos interessados.

ART. 6.º — Não é permitido ao médico:

- a) abandonar o tratamento do doente, mesmo em casos crônicos ou incuráveis, salvo motivos relevantes;
- b) renunciar à assistência do doente, sem prévia justificação;
- c) prescrever tratamento sem examinar o paciente, exceto em caso de urgência, devendo, entretanto, proceder ao exame o mais brevemente possível;
- d) fazer diagnósticos complicados em casos simples ou prognósticos sombrios em casos benignos, bem como complicar a terapêutica e exceder-se no número de consultas e visitas;
- e) indicar ou executar terapêutica ou intervenção cirúrgica desnecessária ou proibida pela legislação do País;
- f) olvidar que o pudor do cliente merece o maior respeito, mesmo quando se trate de crianças.

CAPÍTULO III

Relações Entre Médicos

ART. 7.º — O aprêço, a consideração e a solidariedade devidos pelo médico a seus colegas não poderão induzi-lo a ser conivente com erros e atos que infrinjam os postulados éticos ou as disposições legais que regem o exercício da profissão médica.

Parágrafo único — A crítica desses erros e atos só poderá ser feita pessoalmente, ao colega ou aos Conselhos de Medicina.

ART. 8.º — Salvo motivo relevante, o médico não poderá recusar colaboração ao colega que a solicitar.

ART. 9.º — Cometerá infração de ética o profissional que desviar, por qualquer motivo, cliente de outro médico. (3)

ART. 10.º — O médico só atenderá a doente que já estiver sob assistência médica, nas seguintes circunstâncias:

- a) a pedido do próprio médico assistente;
- b) em caso de indubitável urgência, devendo dar conhecimento imediato ao médico assistente;
- c) no próprio consultório, quando procurado espontaneamente pelo paciente, observados os preceitos da ética.

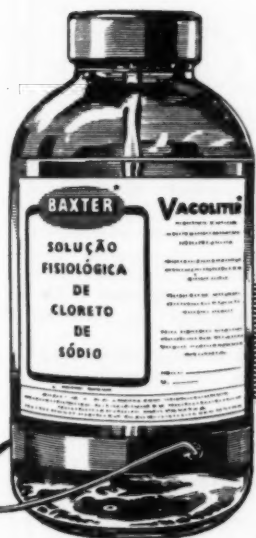
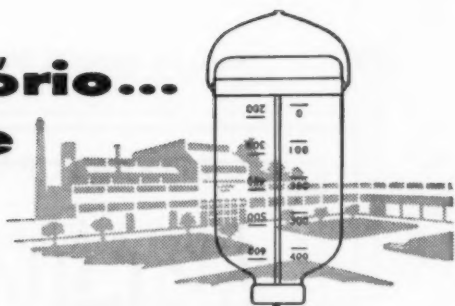
ART. 11.º — O médico, quando em visita a doente sob os cuidados de colega, deverá abster-se de qualquer comentário profissional.

ART. 12.º — Quando indicado por um colega para substituí-lo no tratamento de um cliente, o médico, cessado o impedimento, deverá reencaminhar o doente ao primeiro assistente.

ART. 13.º — Atentará contra a moral profissional o médico que pleitear para si emprêgo, cargo ou função exercidos por outro médico.

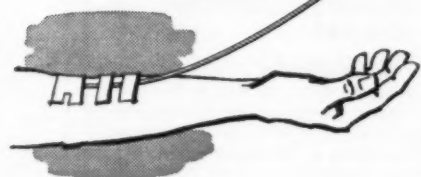
ART. 14.º — Os preceitos éticos em trabalho coletivo ou em equipe, são os mesmos exigidos para o médico quando atua individualmente. (Transcrito da "Tribuna Médica", Ano II, n.º 100, 8 de abril de 1960).

**do laboratório...
ao paciente**



SOLUÇÕES

BAXTER



oferecem sempre

- * pureza inexcelável
- * precisão invariável
- * confiança absoluta

Até chegar ao paciente, as Soluções Baxter passam por toda uma série de rigorosíssimos testes para lhes assegurar o mais alto padrão de qualidade. Eis porque a Classe Médica confia nas Soluções Baxter - o máximo em terapêutica parenteral de dosagem maciça.

SOLUÇÕES BAXTER

Fabricadas no Brasil por

INDÚSTRIAS QUÍMICAS MANGUAL S. A.

Matriz: Rio de Janeiro - R. Real Grandeza, 293 - Tel.: 46-8050 - Cx. P. 3.705 - Teleg.: "Picot"

Laboratórios: Duque de Caxias (RJ) - Rua Campos, 543

Filial: São Paulo - Rua Manoel Dutra, 218 - Telef.: 32-9826 - Enderêço Telegráfico: "Baxter"

LITERATURA MÉDICA

Livros e folhêtos recebidos

Resultados tardios da prostatectomia em casos de hiperplasia prostática benigna. — Dr. Hans Ekman. Acta Chirurgica Scandinavica. Suplemento 250, Estocolmo, 1959.

O estudo é baseado em 370 casos operados no período 1946-1953. O autor faz considerações sobre a incidência, diagnóstico, indicação e resultado do tratamento, estudando em capítulo separado o diagnóstico diferencial entre hiperplasia prostática, esclerose do colo da bexiga e carcinoma da próstata. Refere a mortalidade operatória e as causas da morte, nos vários processos operatórios empregados.

Os achados mais frequentes, complicando a sequência operatória, foram os estreitamentos da uretra cuja localização, nas suas diversas porções é descrita e analisada; a incontinência ou a permanência de adenomas residuais; carcinoma prostático. Todas estas eventualidades são estudadas em capítulos separados, em que o autor primeiro passa em revista a literatura médica para considerar em seguida as suas conclusões pessoais.

No que diz respeito ao processo operatório, empregou em 234 casos a prostatectomia retropúbica de Millin, em 7 casos a prostatectomia transvesical. Dá atenção especial às alterações da parede da bexiga como consequência da obstrução urinária causada pela hiperplasia da próstata descreve as perturbações funcionais e seus sintomas, antes e depois da operação.

Apresenta extensa lista bibliográfica dos trabalhos consultados.

Febre amarela. (Bibliografia Brasileira) publicações do Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação.

Esquistossomose (Bibliografia Brasileira).

Leishmaniose (Bibliografia Brasileira)

Estas publicações e outras mais que também já estão à venda, visam proporcionar ao pesquisador a fonte de informações e o cabedal de elementos o mais completo possível para o que o Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação conta com uma equipe de colaboradores especializados e a cuja dedicação muito devem os trabalhos de investigação na produção científica brasileira.

O Serviço de Bibliografia do Instituto procuram reunir livros, artigos de periódicos, folhetos, teses, etc., a fim de apresentar a bibliografia sobre o assunto tanto quanto possível completa.

Estes trabalhos fazem parte da contribuição brasileira apresentada aos Sextos Congressos Internacionais de Medicina Tropical e Paludismo, realizados em Lisboa de 5 a 30 de setembro de 1958.

Os toxoplasmas (Trabalho realizado no Instituto Pasteur de São Paulo).

Tese inaugural de doutoramento, aprovada com distinção, apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e defendida no dia 20 de dezembro de 1913, pelo dr. Luiz Migliano.

É um dos primeiros trabalhos da literatura médica mundial sobre o assunto. O autor com a sua competência, hoje sobejamente confirmada, estuda a morfologia, a biologia, a anatomia patológica das lesões provocadas pelo toxoplasma e a classificação das espécies conhecidas, estudando cada uma de per si em parte especial de sua tese. É digno de observação o fato de que quase todos os conceitos expendidos, há 50 anos, pelo autor, podem ser hoje integralmente endossados.

Quarto Congresso Nacional de Tuberculose e Enfermidades Respirató-

ROVAMICINA

Nome genérico: Espiramicina

Antibiótico polivalente,
perfeitamente tolerado
pelo organismo. Respeita a
flora intestinal útil.



CLÍNICA GERAL
DERMATOLOGIA
GASTRENTEROLOGIA - GINECOLOGIA - UROLOGIA

APRESENTAÇÕES

ROVAMICINA COMPRIMIDOS

Frascos de 12 e de 24 comprimidos a 250 mg.

ROVAMICINA INTRAMUSCULAR "IM"
Estôjo de 1 frasco com 100 mg, acompanhado de 1 ampola de diluente.

ROVAMICINA INTRAVENOSA "IV"
Estôjo de 1 frasco com 250 mg, acompanhado de 1 ampola de diluente.



A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 - São Paulo, SP

rias. Lima — 1959. Contribuição dos Drs. Juan M. Escudero Villar e Mauro Sánchez H., tendo como assunto o controle de pacientes, tratados médica e cirurgicamente no Hospital Sanatório de Bravo Chico, e em outros estabelecimentos hospitalares, realizado no Dispensário Central de Lima — Perú.

Provindos dos diversos Serviços de Tuberculose da cidade, foram controlados 122 pacientes, que ficaram em observação de maio de 1958 a junho de 1959.

Foram tratados clinicamente 80 e cirurgicamente 42 pacientes. A percentagem de curas foi de 64,20% para os tratados cirurgicamente e de apenas 42,5% para os que receberam tratamento médico. Quanto aos melhorados, a percentagem foi mais elevada para os que foram tratados clinicamente.

O tratamento cirúrgico da tuberculose fibro-caseosa lobar registra pequena porcentagem de complicações sendo a lobectomia a operação que dá os melhores resultados. A tuberculose exige um tratamento muito oneroso para os cofres públicos, não só pelo custo elevado dos medicamentos como também pela duração que tem de ser muito longa. O conceito de *curado* na tuberculose, ainda precisa ser bem definido, havendo necessidade de um controle periódico prolongado para se poder afirmar uma cura.

Médicos en la Sierra Maestra. Dr. Julio Martinez Paez. Ministro da Saúde e Assistência Social.

O autor que desempenhou papel de evidência nos acontecimentos de Cuba, que culminaram com a deposição do ditador Batista, foi o primeiro médico a se incorporar às tropas revolucionárias de Fidel Castro.

Teve a seu cargo a organização do Serviço de Saúde das tropas rebeldes e com a colaboração patriótica de colegas idealistas como ele, pôde dar, em condições precárias, com quase tudo improvisado, uma assistência médico-cirúrgica que, pela conduta profissional e moral, com o respeito à mais irrepreensível ética, faz a classe médica cubana credora do melhor louvor.

O lugar da cirurgia no tratamento da reto-colite ulcerohemorrágica. — Drs. A. Duprez e J. Gerard. Acta Chirurgica Belgica. Supl. I. Relatórios apresentados ao XIII Congresso da Associação Belga de Cirurgia, realizado nos dias 13 e 14 de junho de 1959, em Bruxelas. Os autores discutem as vantagens, inconvenientes, técnica, indicações e resultados das derivações e das ressecções, no tratamento da colite ulcerosa, assim como também o tratamento pela cortisona.

Concluem dizendo que as intervenções cirúrgicas, tanto as derivações como as ressecções vêm-se integrar em um programa de estreita colaboração médico-cirúrgica.

Há momentos dramáticos em que só uma intervenção cirúrgica rápida pode salvar o doente de uma peritonite fatal. Mas no curso de evoluções sub-agudas ou crônicas uma decisão oportuna de ressecção deve permitir a eliminação de todo ou de uma parte de um colon que não deixa esperanças de cura. Economia na ressecção, prudência na conservação, cuidado na preservação da função esfinteriana, sempre que for possível, são as regras que o cirurgião deve seguir. Acompanha extensa bibliografia.

Tratamento e profilaxia do reumatismo articular agudo. — Drs. Pierre Mozziconacci e Claude Attal. Synthes Cliniques. Suplemento das "Monographies Médicales et Scientifiques", n.º 81, setembro de 1959.

Os autores dividem seu trabalho em quatro partes: As bases do tratamento sob o ponto de vista clínico, biológico e considerações sobre os diversos critérios para o diagnóstico diferencial, constituem a primeira parte. A segunda parte tem como epígrafe: Os diversos tratamentos utilizados, em que mereceram a atenção dos autores o tratamento hormonal, os salicilados, compostos pirasolados (fenilbutazona) e as medicações diversas empregadas.

A conduta prática do tratamento é o assunto da terceira parte, destinando-se a quarta e última parte ao problema da profilaxia das recaídas assim como da prevenção individual e coletiva dos indivíduos indenes.

CLORGIN

com Reserpina

Associação de um novo diurético (Clorotiazida) não mercurial, atóxico e ativo por via gástrica à Reserpina, reconhecido hipotensor e sedativo.

melhor efeito hipotensivo.

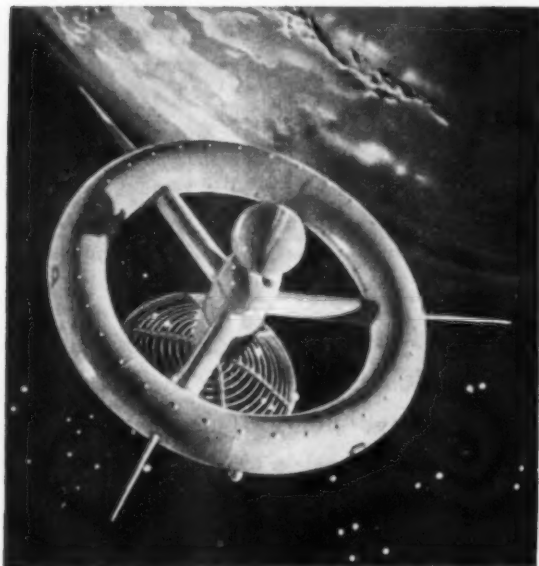
sedação adequada, combatendo a irritabilidade, palpitações e insônia.

efeito diurético, sem prejudicar o equilíbrio eletrolítico do organismo.



instituto farmacêutico de produtos científicos xavier
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

ÀS PORTAS DO FUTURO



A síntese da penicilina, conseguida nos Laboratórios Beecham (Inglaterra), abriu novos horizontes na luta contra as infecções.

PEN-SYN

penicilina sintética
(alfa-fenoxietilpenicilina potássica)

- penicilinoterapia realmente efetiva por via oral
- níveis sanguíneos mais altos que os da penicilina G intramuscular
- maior resistência à penicilinase estafilocócica
- menor possibilidade de reações alérgicas

APRESENTAÇÃO: - Vidros com 6 comprimidos de 400.000 U (250 mg)

POSOLOGIA: - Um ou mais comprimidos 3 vezes ao dia.



Indústrias Farmacêuticas

Fontoura-Wyeth S.A.

PIONEIRA DO PROGRESSO EM ANTIBIÓTICOS NO BRASIL

Nos Estados Unidos: Wyeth Laboratories-Philadelphia

No Brasil: Ind. Farmacêuticas Fontoura-Wyeth S.A. — São Paulo

Considerações sobre 299 casos de câncer no estômago (*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

As considerações que fazemos a respeito do câncer do estômago foram baseadas numa experiência pessoal que ascende a cerca de três centenas de casos operados. Não é, como se vê, uma estatística muito vultosa, mas já pode nos dar alguns ensinamentos e por isso mesmo é merecedora de ser exposta e analisada.

Conseguimos estudar um conjunto de 299 casos pessoalmente por nós operados. Dêses, 226 eram em homens e 73 em mulheres, dando a percentagem de 75,6% para o sexo masculino e 24,4% para o sexo feminino, isto é: uma proporção de 3 homens para uma mulher. Sabemos que a incidência das afecções ulcerosas benignas do estômago é bem mais acentuada para o lado do homem do que da mulher; já no câncer gástrico a moléstia atinge um maior número de mulheres, não chegando, entretanto, à mesma proporção que incide para com os homens. Os dados que nós colhemos são mais ou menos concordes com os dados de outras estatísticas que focalizam o assunto.

Interessantes são os números que conseguimos coligir a respeito da idade com que os doentes foram operados. Tivemos o caso mais precoce aos 26 anos de idade e o caso mais tardio aos 84 anos de idade; entre êsses limites extremos, verificamos que varia a incidência de acôrdo com a idade, para atingir o seu ápice no lustro dos 46 aos 50 anos, verificando ainda que na vintena dos 46 aos 65 anos a incidência é maior, porquanto ela atinge a dois têrços dos casos. É nesse período de idade, pois, quando devemos ter mais cuidados em pesquisar a existência de um câncer de estômago, cujo diagnóstico, como tivemos já a oportunidade de acentuar, é bastante difícil no início da afecção. É curioso que, se arrolarmos os casos de acôrdo com a idade por lustros, verificamos que há uma curva ascendente até o período dos 46 aos 50 anos, para depois haver uma regressão nos lustros seguintes. Verificamos também que depois dos 65 anos o câncer é quase tão raro como na idade do seu mais precoce

(*) Estudo publicado no The Journal of the International College of Surgeons, 32, 3, Setembro de 1959.

QUADRO 1 — IDADE

| | N. ^o | % |
|-----------------------|-----------------|------|
| De 26 a 30 anos | 9 | 5,7 |
| De 31 a 35 anos | 8 | |
| De 36 a 40 anos | 16 | 16,0 |
| De 41 a 45 anos | 32 | |
| De 46 a 50 anos | 57 | 35,4 |
| De 51 a 55 anos | 49 | |
| De 56 a 60 anos | 46 | 28,0 |
| De 61 a 65 anos | 38 | |
| De 66 a 70 anos | 19 | 11,0 |
| De 71 a 75 anos | 14 | |
| De 76 a 80 anos | 1 | 1,3 |
| De 81 a 84 anos | 3 | |
| Sem indicação | 7 | 2,5 |
| | 299 | 299 |

aparecimento. Isso é devido à existência menor de indivíduos idosos no cômputo da população. Dos 26 aos 35 anos tivemos 5,7%, o que não é uma incidência baixa, mostrando também que devemos ter a preocupação de, em pessoas relativamente jovens, pensar na possibilidade da existência de um câncer gástrico. Essa percentagem subiu para 16% dos 36 aos 45 anos, atingiu 35,4% na década de maior frequência; e caiu para 28% na década dos 56 aos 65 anos, baixando a 11% dos 66 aos 75 anos para se limitar a 1,3% depois dos 75 anos. Se tivéssemos em mãos dados demográficos indicando a percentagem da população conforme a idade, poderíamos apresentar um quadro mais real da incidência do câncer gástrico nas várias décadas da vida.

Considerações pouco interessantes poderíamos fazer a respeito da época do aparecimento dos primeiros sintomas que os doentes filiam à sua enfermidade. É que os números não traduzem nesse particular uma realidade e isso é fácil de se compreender. Verificamos, por exemplo, que os doentes acusavam os seus primeiros sintomas com menos de 6 meses em 36% dos casos; de 6 meses a um ano em 19,4%; de 1 ano a 2 anos em 10,8%; de dois a três anos 4,4%; mais de três anos 2,4%; e em 5,4% não pudemos apurar a época do início da moléstia. A primeira impressão que nos dão esses números é a de que mais de 1/3 dos doentes, precisamente os 36% que se queixavam de estar sofrendo apenas a 6 meses, teriam recorrido ao médico em tempo útil ou a de que o médico teria feito o devido diagnóstico em tempo útil para o tratamento. Mas, na verdade, isso não ocorre. Há doentes que nos chegam dizendo que apenas sofriam a dois ou três meses e, entretanto, apresentam tumores já inoperáveis com grande difusão pela cavidade abdominal e extenso comprometimento de órgãos vizinhos, de sorte que essa informação da anamnese sobre o início dos sintomas não é uma informação segura para se avaliar da evolução da doença ou da precocidade

do tratamento. Há casos, mesmo — tivemos um ainda recentemente — em que a sintomatologia é a mais frustra possível. O doente não apresentava dor, tinha apenas perturbações dispépticas pouco acentuadas e um clínico atilado, através das informações da radiologia, pôde chegar a um diagnóstico de câncer, mandando-o para a cirurgia: entretanto, quando abrimos o abdome desse indivíduo gordo e bem corado, encontramos um tumor inoperável espelhando-se por todo o abdome superior. Assim, a sintomatologia subjetiva nem sempre pode dar-nos uma idéia exata do grau de evolução da moléstia. Em nossa estatística, fizemos a separação das informações prestadas pelos doentes sobre o início dos sintomas em períodos curtos até nos aproximarmos dos três anos, porque em geral a evolução de um câncer de estômago não passa dos três anos; pode, em alguns casos, ir além, mas na generalidade ao fim de três anos com ou sem operação o caso está chegando ao seu término, a não ser que a operação tenha sido eficiente. Foi esse o critério que nos guiou para fazer esta divisão até os três anos, arrolando os de mais de três anos em um só grupo. Se considerarmos os doentes que acusavam sofrimento a mais de três anos, vamos encontrar a alta quantidade de 24%. Isso poderia significar que esses doentes eram portadores de úlcera do estômago que se tinha cancerizado, donde acreditar-se que a cancerização de úlcera ocorre em 1/4 dos casos de câncer do estômago, quer dizer: em cada 4 casos de câncer, um deles seria decorrente da existência de uma úlcera que se transformou em afecção maligna no decurso da sua evolução. Parece que isso não é bem a realidade, porque se há autores que afirmam a possibilidade de cancerização da úlcera — alguns mesmo dizem que 38% das úlceras gástricas podem se cancerizar — a grande maioria assinala porcentagens bastante reduzidas e há mesmo alguns que negam a interferência da úlcera no aparecimento do câncer gástrico, dizendo que são moléstias completamente independentes. Não estamos de acordo com este ponto de vista, porque temos casos comprovados da cancerização de úlceras antigas, documentadas pela radiologia, pela história clínica do doente e pelo exame histológico da peça cirúrgica.

Tudo isso que acabamos de dizer vem mostrar-nos que as estatísticas precisam ser bem compreendidas e bem analisadas para que se possa tirar delas conhecimentos ou conclusões que nos sejam úteis.

Outros dados interessantes que nos forneceu o estudo dessas 3 centenas de casos por nós operados, são aqueles relativos à natureza do tumor existente no estômago. Verificamos que o adenocarcinoma é o tumor mais freqüente entre os cânceres do estômago. O adenocarcinoma simples foi encontrado em 134 casos; adenocarcinoma gelatinoso em 5; adenocarcinoma papilífero em 2, dando um total de 141 casos com uma porcentagem de 54,6 do total. Os carcinomas não adenomatosos, carcinoma simples, gelatinoso, infiltrante, esquizoide, medular, alveolar, indiferenciado, globo celular, de acordo com a nomenclatura que nos forneceram os anatomopatologistas, estão representados em 100 casos, isto é: em 38,8% da totalidade da

QUADRO 2 — NATUREZA DO TUMOR

| | N.º | % |
|--------------------------------|-----|------|
| Adenocarcinoma | 134 | 54,6 |
| Adenocarcinoma gelatinoso | 5 | |
| Adenocarcinoma papilífero | 2 | |
| Carcinoma | 26 | 38,8 |
| Carcinoma gelatinoso | 35 | |
| Carcinoma infiltrante | 20 | |
| Carcinoma escurroso | 7 | |
| Carcinoma medular | 7 | |
| Carcinoma alveolar | 2 | |
| Carcinoma indiferenciado | 2 | |
| Carcinoma globocelular | 1 | 6,6 |
| Linfosarcoma | 6 | |
| Sarcoma | 6 | |
| Reticulo-sarcoma | 1 | |
| Leiomioma | 3 | |
| Mixoma | 1 | |
| Tumor de Krukenberg | 6 | |

nossa estatística, mostrando-nos que esses dois grupos reunidos dão 93,4% dos casos por nós operados, ou seja 241 em 258 casos com exame histológico. Os restantes ou não foram histologicamente esclarecidos em virtude de falhas da biópsia feita ou de inadequado preparo do material colhido no ato da cirurgia ou, então, são casos de linfosarcoma em número de 6; de sarcoma em número de 6; de reticulo-sarcoma em número de 1; de leiomioma em número de 3; e de mixoma em número de 1. Isso traduz uma percentagem de 6,6% para os tumores mesenquimais que perfazem o total de 17 casos. Os casos restantes, como dissemos, não tiveram a sua natureza esclarecida. Todos sabemos como muitas vezes é difícil obter-se uma boa biópsia em casos avançados em que não se faz a ressecção da peça. O cirurgião se limita a retirar um fragmento de epiploon ou um gânglio que lhe parece comprometido. Muitas vezes esse gânglio é apenas um gânglio inflamatório e a biópsia, assim, resultou inútil para o esclarecimento da natureza do tumor. Outras vezes, a falha não é propriamente do cirurgião, mas de quem prepara os blocos da inclusão ou de quem prepara os cortes histológicos, não tomando fatias justamente naqueles pontos onde estavam as células metastáticas e, então, o analista ao examinar as lâminas não pode fazer o diagnóstico do tumor. Isso nos ocorreu infelizmente em algumas vezes, diminuindo portanto o total dos casos em que pudemos ter o esclarecimento completo da natureza do tumor.

Ainda queríamos nos referir a uma série de casos em que encontramos além do tumor gástrico um tumor de Krukenberg. Como todos sabem, o tumor de Krukenberg é um tumor metastático do ovário, decorrente de tumor do tubo digestivo, geralmente de tumor do estômago. Encontramos tumor de Krukenberg associado a um adenocarcinoma em 2 casos; associado a carcinoma infiltrante em

dois casos; associado a carcinoma gelatinoso em um caso; associado a carcinoma esquisroso em um caso. Não sabemos se esta nomenclatura histológica possa ter qualquer influência sobre o ponto de vista de se firmar o diagnóstico de tumor de Krukenberg. Este câncer foi descrito com certos característicos e tem merecido uma série de discussões. Mesmo em São Paulo, na Associação Paulista de Medicina, houve a cerca de 20 anos atrás, uma discussão muito acalorada sobre o aspecto microscópico do tumor de Krukenberg. Pode haver coincidência de outro tipo de tumor do ovário com câncer do estômago; tivemos em nossa série mais um caso de tumor concomitante do ovário em que o anátomo-patologista afirmou não se tratar de tumor de Krukenberg, mas sim de um carcinoma de ovário sem os característicos dessa entidade mórbida; como corolário, tivemos, também, em nosso Serviço, mais dois casos de tumor de Krukenberg — um com câncer primitivo da sigmóide e o outro com câncer primitivo do transverso. Em todos esses casos de tumor de Krukenberg o prognóstico foi muito severo. É fácil compreender-se que a morte sobrevinha a curto prazo, pois a localização de metástases no ovário é sinal seguro de disseminação do câncer primitivo. Ribert mostrou que o câncer gástrico se inicia na submucosa, partindo da parte profunda dos tubos glandulares, onde existe o centro germinativo normal. A propagação se faz para a superfície da mucosa ou para a camada muscular, geralmente em ambos os sentidos e em extensão, graças à rica rede linfática da submucosa, muita vez mimando a mucosa de aparência normal. A propagação pelos linfáticos pode ser feita também por via retrógrada e às vezes as células cancerosas podem cair no canal torácico e então pode haver, por via sangüínea, o aparecimento de metástases no pulmão, fato relativamente raro. As metástases por via retrógrada, como as que determinam o tumor de Krukenberg, dão-se em consequência da obstrução de canais linfáticos ao nível de gânglios, sendo a corrente linfática obrigada a refluir pelos linfáticos aferentes. A via sangüínea também pode ser observada na propagação do câncer do estômago, dando freqüentemente metástases no fígado, geralmente múltiplas, por intermédio da veia porta. A propagação por implantação também pode ser observada na chamada carcinomatose miliar peritoneal.

Quanto ao tratamento empregado, a nossa estatística acusa os seguintes dados, que podemos dividir em três grupos, classificando-os desta maneira: cirurgia curativa, cirurgia paliativa e cirurgia verificadora:

QUADRO 3 — CIRURGIA EMPREGADA

| | Número de casos | % |
|-----------------------------|--------------------|------|
| Cirurgia curativa | 192 | 64,1 |
| Cirurgia paliativa | 56 | 18,8 |
| Cirurgia verificadora | 51 | 17,1 |
| | 299 | |

Como cirurgia curativa designamos aquela em que a agressividade operatória é feita no intuito de remover o tumor e as suas metástases visíveis, quer dizer: naqueles casos em que o cirurgião age visando curar o seu doente, embora ele saiba que em boa porcentagem dos casos esse seu empenho não será realizado; como cirurgia paliativa nós classificamos aqueles casos em que o cirurgião sabe de antemão que não vai curar o doente, mas vai fazer alguma coisa em seu benefício visando aliviar uma parte dos sofrimentos, sem contar propriamente com uma cura, porquanto a extensão da moléstia ou a sua localização não lhe permitem ter essa esperança; como cirurgia verificadora, arrolamos os casos em que ao cirurgião apenas resta a confirmação de um diagnóstico previamente feito ou de um diagnóstico feito no ato cirúrgico, tal o avançado do processo mórbido. São casos em que apenas se faz o que o prof. Luís do Rego chamava de "cirurgia verificadora".

Visando uma cirurgia curativa, agimos em 64,1% dos casos ou em 192 casos; uma cirurgia paliativa em 18,8% ou em 56 casos; e uma simples cirurgia verificadora em 17,1% ou em 51 casos. Em grandes Serviços europeus e norte-americanos ainda a bem pouco se acentuava que geralmente não se podia chegar a fazer uma cirurgia curativa em 50% dos casos; ultimamente, porém, com os progressos da técnica cirúrgica e os da anestesia, a operabilidade já alcançou números mais elevados e acreditamos que estes 64% conseguidos em nosso Serviço estão se ombreando com as melhores porcentagens dos grandes centros cirúrgicos.

QUADRO 4 — CIRURGIA CURATIVA

| | | | | | |
|--------------------------------------------|---|----------------------------------|---|------------------------------|-----|
| Cirurgia curativa 192 ou 64,1% | { | Gastroduodenectomia subtotal 186 | { | Polya simples | 180 |
| | | 96,9% | | Polya+ressecção transversa . | 2 |
| | | | | Polya+esplenectomia | 1 |
| | | | | Polya+colecistectomia | 1 |
| | | | | Billroth I | 2 |
| | { | Gastrectomia total | 5 | Simple | 4 |
| | | 2,6% | | Com esplenectomia | 1 |
| | | Excisão do tumor | 1 | | |
| | | 0,5% | | | 1 |

Nesses 192 casos de cirurgia curativa empregamos a gastroduodenectomia subtotal em 96,9% quase 97% dos casos; a gastrectomia total em 5 ou 2,6% dos casos e a excisão simples do tumor em 1 ou 0,5%. Em muitos casos fizemos a técnica de Polya simples; em outros associamos essa técnica ou à ressecção do transversa ou à esplenectomia ou à colecistectomia e em 2 casos empregamos a técnica do Billroth I.

Quanto à cirurgia paliativa, os números mais elevados se referem à alcoolização dos mesos. Este foi um método por nós usado desde muito com a finalidade de aliviar o paciente de dores nos

cânceres inoperáveis e em muitos casos tivemos a alegria de verificar que realmente os doentes foram aliviados de grande parte dos seus sofrimentos, evitando aquêle emprêgo mais ou menos precoce dos entorpecentes. Empregamos a alcoolização dos mesos exclusivamente em casos inoperáveis. Em 30 enfermos usamos somente a alcoolização; ela foi associada à gastro-jejunostomia em 3 casos; fizemos gastrojejunostomia descompressiva em casos estenosantes em 18 casos; usamos a jejunostomia para alimentação do doente em 2 casos; ensaiamos uma vez a vagotomia, sem resultado apreciável; fizemos também uma vez a sutura simples de uma perfuração de câncer do estômago e de outra feita, apenas nos limitamos a uma drenagem do peritônio.

QUADRO 5 — CIRURGIA PALIATIVA

| | | | |
|-------------------------------------------------|---|---------------------------------------|----|
| <i>Cirurgia paliativa</i> 56 ou 18,8% | { | Alcoolização dos mesos | 30 |
| | | Gastrojejunostomia | 18 |
| | | Gastrojejunostomia+alcoolização | 3 |
| | | Jejunostomia | 2 |
| | | Vagotomia | 1 |
| | | Sutura de perfuração | 1 |
| | | Drenagem do peritoneo | 1 |

Quanto à cirurgia simplesmente verificadora, tivemos o desprazer de a empregar em 51 casos ou em 17% dos nossos enfermos.

QUADRO 6 — CIRURGIA VERIFICADORA

| | | | |
|----------------------------------------------------|---|-----------------------------|----|
| <i>Cirurgia verificadora</i> 51 ou 17,1% | { | Laparotomia e biopsia | 51 |
| | | | |

Quanto à anestesia tivemos a oportunidade de usar a anestesia geral em 168 casos ou em 56% deles; a anestesia local ou loco-regional, em 71 ou 24% e a anestesia raqueana em 60 casos ou 20%. Atualmente temos empregado sistematicamente a anestesia geral, dado os progressos da anestesiologia e isso com resultados muito apreciáveis, mas por muito tempo empregamos não só a anestesia raqueana como também a anestesia tronco-regional que nos deram muitas oportunidades de realizar intervenções plenamente satisfatórias. Entretanto, verificamos que a anestesia logo-regional produzia

QUADRO 7 — ANESTESIA

| | N.º | % |
|----------------|-----|------|
| Geral | 168 | 56,0 |
| Local | 71 | 24,0 |
| Raqueana | 60 | 20,0 |
| | 299 | |

com muita freqüência perturbações ou complicações torácicas ou pulmonares e a raqueana, numa cirurgia mais extensa, como é a cirurgia do câncer gástrico, nem sempre é suficiente, necessitando de complementação por uma anestesia local.

Nos casos de gastrectomia total, tivemos morte hospitalar em 2 dêles; um dos enfermos morreu 6 meses depois da intervenção, outro 9 meses depois e o último 14 meses depois da intervenção. Em nenhum tivemos uma sobrevida satisfatória, pois a maior alcançada foi de 14 meses. Estes nossos dados estão de acôrdo com os dados recentes da literatura que nos mostram que a gastrectomia total deve ser uma intervenção exclusivamente de necessidade, para aqueles casos de câncer que ocupam a cúpula gástrica ou a região da cardia. Só então é que se deve fazer a gastrectomia total. Quando existe um câncer do corpo e principalmente quando existe um câncer do antro gástrico, que são os mais freqüentes, nós devemos nos limitar a uma gastrectomia subtotal, que é uma gastrectomia que dá resultados tão bons ou talvez melhores que a gastrectomia total sem apresentar os riscos e as conseqüências desta. Muitos daqueles que com o entusiasmo das novidades haviam pregado a realização de gastrectomias totais já voltaram atrás e hoje as publicações médicas estão

QUADRO 8 — RESULTADO DA CIRURGIA CURATIVA

| | N.º de | |
|------------------------------------------------|--------|---------|
| | casos | % |
| Mortos no posoperatório imediato | 24 | 12,6 |
| Faleceram durante o primeiro ano | 50 | 26,2 |
| Faleceram durante o segundo ano | 24 | 12,6 |
| Faleceram durante o terceiro ano | 10 | 5,2 |
| Faleceram durante o quarto ano | 5 | 2,6 |
| Faleceram aos cinco anos | 3 | 1,6 |
| Faleceram aos oito anos | 1 | 0,5 |
| Estão vivos: | | |
| com 25 anos | 1 | |
| com 20 anos | 1 | |
| com 16 anos | 1 | |
| com 15 anos | 1 | |
| com 13 anos | 1 | |
| com 12 anos | 3 | |
| com 11 anos | 1 | |
| com 9 anos | 4 | |
| com 8 anos | 1 | |
| com 7 anos | 2 | |
| com 5 anos | 2 | |
| com 4 anos | 9 | |
| com 3 anos | 5 | |
| com 2 anos | 4 | |
| com 1 ano | 7 | |
| com menos de 1 | 5 | |
| | 48 | 48 25,1 |
| Mortos por intercorrência (9½ e 2½ anos) | 2 | 1,0 |
| Decorrência ignorada | 24 | 12,6 |

cheias de opiniões alertando-nos de que devemos reservar a gastrectomia total somente para os casos de extrema necessidade. Isso está de pleno acôrdo com a orientação que vimos a muitos anos seguindo em nosso Serviço.

É interessante verificar-se a sobrevida que tiveram os nossos pacientes, justamente para termos uma idéia do resultado do esforço feito em seu benefício. Verificamos que dentro dos primeiros 6 meses faleceram 101 dos nossos 299 enfermos e que dos 6 meses a um ano morriram 33 dêles, dando um total de 134 falecidos no fim do primeiro ano. Assim, 44,8% dos 299 doentes operados faleceram dentro do período de um ano depois da intervenção. Eram casos geralmente muito avançados, mostrando quão tardiamente os cancelosos chegam às mãos do cirurgião.

Se formos analisar apenas os casos do grupo em que a intervenção foi feita com intuito curativo, isto é: nos casos em que fizemos a ressecção gástrica, os resultados serão então muito mais significativos.

Podemos então, apresentar os seguintes números relativos à sobrevida:

A mortalidade hospitalar foi de 12,6%; é relativamente alta, mas deve se levar em conta que compreende casos operados antes da época dos antibióticos e da melhoria dos cuidados pré e posoperatórios. No câncer é cerca de 10 vêzes mais elevada que na úlcera. Vejamos as causas dos óbitos:

| | |
|----------------------------|----------|
| Choque operatório | 7 |
| Cardiopatias | 7 |
| Deiscência de sutura | 3 |
| Hemorragia | 3 |
| Pneumonia | 2 |
| Uremia | 2 |
| | <hr/> 24 |

Certo que com os progressos ultimamente introduzidos nos cuidados aos doentes o chamado choque operatório praticamente desapareceu das estatísticas, para isso também concorrendo a melhor avaliação da causa mortis, graças a exames e assistência especializados a que hoje recorremos. Mesmo as mortes por falência do sistema circulatório são hoje em boa parte evitáveis, com o concurso do internista, a quem o cirurgião confia o preparo do operando e a quem recorre, quando necessário, no período posoperatório. As complicações pulmonares são agora facilmente debeladas com o auxílio dos antibióticos e outras medicações adequadas. As hemorragias e deiscências de sutura tendem a se tornar cada vez mais raras, com os progressos da técnica, o adextramento do cirurgião, e as lições de sua própria experiência. Finalmente, a uremia dificilmente será eliminada de uma estatística desta natureza, em vista da idade dos pacien-

QUADRO 9 — NATUREZA DO TUMOR EM DOENTES
COM SOBREVIDA LONGA

| | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| Adenocarcinoma com | 20, 16, 13, 12 e 9 anos |
| Adenocarcinoma gelatinoso com | 12 anos |
| Carcinoma globocelular com | 15 anos |
| Carcinoma com | 12 anos |
| Carcinoma gelatinoso com | 11 anos |
| Sarcoma com | 25 anos |
| Linfosarcoma com | 8 e 9 anos |
| Leiomioma com | 9 anos |

tes — geralmente bastante avançada, com comprometimento irreduzível dos rins, sem que a medicina disponha de recursos capazes de contorná-la eficientemente em grande número de casos.

Em 12,6% dos casos não conseguimos rever os pacientes depois de obtida a alta hospitalar. É possível que entre esses alguns tenham ultrapassado os 5 anos de sobrevida. Quando o operado ficou livre dos seus sintomas e nada mais sente, geralmente não atende ao pedido do cirurgião para que compareça periodicamente à consulta para revisão do seu estado de saúde. Esquece, com esquecer-se do sofrimento, o médico que o livrou dele. Quando sobrevém qualquer moléstia, então corre ligeiro ao seu operador para ver se os seus sintomas são decorrentes da operação, tendo em mente que "algo poderia ter sido mal feito". Há sempre uma desconfiança quanto à perícia do cirurgião. Assim, reafirmamos, é possível que entre esses 12,6% de gastrectomizados por câncer alguns tenham sobrevivido até além dos 5 anos. Verificamos que são raros os que apresentaram recorrência do câncer depois dos dois anos da operação: 10 atingiram o terceiro ano, 5 o quarto; 3 morreram próximo dos 5 anos e 1 teve recorrência aos 8 anos da ressecção. É justo indagar se nesses casos em que a moléstia voltou a longa distância não teria havido a eclosão de um novo câncer em terreno predisposto ou por interferência de qualquer fator etiopatogênico. O que nos cumpre salientar é que muito raramente temos observado a recorrência do tumor no côto gástrico ou na bôca anastomótica; ela geralmente se manifesta em territórios ganglionares ou em outros órgãos, particularmente o fígado.

A nossa estatística apresenta uma sobrevida global de 25,1%. A esse número devemos acrescentar mais 1% relativo a 2 operados que faleceram por motivo alheio ao câncer: um aos 2½ anos, por peritonite conseqüente a ruptura de hérnia ingüinal estrangulada do delgado; o outro aos 9½ anos, por ileoparalítico após intervenção para correção de eventração e revisão da cavidade abdominal. Assim, pois, mais de um quarto dos operados ficaram livres da sua doença. Deve-se ter em conta, porém, que muitos deles foram operados recentemente e ainda não atingiram os cinco anos de sobrevida. Vejamos os números, aí incluindo os 2 mortos por intercorrência:

| | | |
|---------------------------|-----------|-------|
| Com menos de um ano | 5 | casos |
| Com 1 a 2 anos | 7 | " |
| Com 2 a 3 anos | 5 | " |
| Com 3 a 4 anos | 5 | " |
| Com 4 a 5 anos | 9 | " |
| Com mais de 5 anos | 19 | " |
| | <u>50</u> | " |

Se deixarmos de parte, como é óbvio, os doentes que faleceram no posoperatório em decorrência do ato cirúrgico e não da moléstia, bem como os pacientes sobre os quais não tivemos notícias do seu estado de saúde depois de saírem do hospital — isto é: 24 mais 24 ou 48, teríamos que avaliar a sobrevida num total de 143 casos, ressecados e revistos conforme o quadro abaixo:

| | | |
|-------------------------------------|------------|-------|
| Mortos no primeiro ano | 50 | 34,9% |
| Mortos no segundo ano | 24 | 16,8% |
| Mortos no terceiro ano | 10 | 7,0% |
| Mortos depois do terceiro ano | 9 | 6,3% |
| Doentes com sobrevida | 50 | 34,9% |
| | <u>143</u> | |

Vejamos entre os doentes com sobrevida qual é a porcentagem observada conforme o tempo decorrido:

| | | |
|--------------------------|-----------|-------|
| Com 0 a 2 anos | 12 | 8,4% |
| Com 2 a 3 anos | 5 | 3,5% |
| Com 3 a 4 anos | 5 | 3,5% |
| Com 4 a 5 anos | 9 | 6,3% |
| Com mais de 5 anos | 19 | 13,2% |
| | <u>50</u> | |

Como resultado prático, podemos afirmar que a ressecção gástrica nos dá uma sobrevida de mais de 5 anos em pelo menos 13,2% dos casos; de mais de 4 anos em pelo menos 19,5%; de mais de 3 anos em pelo menos 23% dos casos. E isso numa estatística global de casos mais ou menos avançados, num ambiente onde o diagnóstico precoce é uma raridade.

Convém assinalar, para terminarmos estas considerações, que os casos de maior sobrevida correspondiam a doentes que tinham os seguintes tipos de tumor:

Em geral, o prognóstico é melhor nos tumores da linha dos sarcomas. Assim foi em nossa estatística, encarando-a em números relativos: pois se tínhamos 1 caso de sarcoma para 15 de carcinoma, a sobrevida nos dá a relação de 1 de sarcoma para apenas 2 de carcinoma, donde a probabilidade de sobrevida é de cerca de 7,5 vezes maior para os casos de sarcoma do que para os casos de carcinoma.

São essas as lições que se podem tirar da nossa estatística, lições essas sujeitas às restrições que se devem fazer a um número tão limitado de casos — apenas três centenas.

NOROCOLINA

Vaso-dilatador coronariano e diurético

FÓRMULA:

Cada drágea contém 100 mg de teofilinato de colina.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:

- 1) Asma brônquica.
- 2) Como dilatador das coronárias, na angina pectoris e enfarte do miocárdio.
- 3) Na insuficiência cardíaca congestiva, como diurético, seja sozinho ou associado aos mercuriais, cujo efeito diurético reforça e potencia.

MODO DE USAR:

1 a 3 ou mesmo 4 drágeas, 4 vezes ao dia.

★

LABORATÓRIO TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Fernão Dias, 82 — Fone 80-0684 — Caixa Postal, 487

STRYCHNANEURIN B₁₂

(VITAMINA B₁₂+VITAMINA B₁+SULFATO DE ESTRICNINA)

Tônico neuro-muscular por excelência

Strychnaneurin B₁₂ 50 mcg

(1 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B₁ + Vitamina B₁₂)

Strychnaneurin B₁₂ 100 mcg

(2 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B₁ + Vitamina B₁₂)

Strychnaneurin B₁₂ 500 ou 1.000 mcg

(2 mg Sulfato de estricnina + 100 mg Vitamina B₁ + Vitamina B₁₂)

★

Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

LABORATÓRIOS NOVOTHERAPICA S. A.

Rua Pedroso de Moraes, 1157 — Fone 80-2171 — São Paulo

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

| | Cr. |
|-----------------------------------------|----------|
| Capa externa (12 x 19 cm) por vez | 7.000,00 |
| Capa interna (12 x 19 cm) por vez | 6.500,00 |
| 1 página (12 x 19 cm) por vez | 6.000,00 |
| ½ página (9 x 12 cm) por vez | 3.500,00 |
| ¼ página (9 x 5,5 cm) por vez | 2.500,00 |
| Encarte por vez | 4.000,00 |

LIO PREFISOL

EXTRATO DA HIPÓFISE ANTERIOR LIOFILIZADO

Contém os hormônios elaborados pelo lobo anterior
da glândula hipofisária bovina em forma liofilizada.

- * Desenvolvimento somático retardado
- * Distrofia adiposo-genital
- * Hipogenitalismo masculino da idade pré-puberal
- * Magreza hipofisária
- * Pan-hipopituitarismo
- * Caquexia hipofisária

APRESENTAÇÃO: Frasco-ampôla com 60 U.P.



OPOTERÁPICA NESPA S/A.

Rua França Pinto, 516/628 — Tel. 7-6902/7-1504

SÃO PAULO, BRASIL

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO COMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

PROFENAMIN COMPOSTO



AMPOLAS

COMPRIMIDOS

SUPOSITÓRIOS

PROFENAMIN COMPOSTO alia em sua fórmula três elementos de efeito decisivo no combate às síndromes dolorosas

I **ANTISPASMÓDICOS** = PROFENAMIN
NOVATROPINA

II **ANALGÉSICO** = STEGALGIN

III **SEDATIVOS** = DERIVADOS DA MALONILUREIA

PROFENAMIN COMPOSTO não é entorpecente

INDICAÇÕES:

Cólicas: hepáticas, nefréticas, vesicais, dismenorréia, pré e pós operatória, dores das cancerosas, síndromes dolorosas do trato genito-urinário, ameaças de aborto, dores sub-intrafúteis do parto, enxaqueca.

★ ★

Laboratório Sintético Ltda.

Rua Tamandaré, 777 - Tel. 36-4572
SÃO PAULO

São Paulo Editora S. A. imprimiu

